

【 定期健康診断申込書 】

事業所名 _____ 担当者名 _____

書類郵送先住所地 _____

郵便番号 _____ 連絡先電話番号 _____

*上記項目は、書類等を郵送させていただくことありますので必ずご記入をお願いいたします。

◆希望日時に印をお願いします。(申込状況によって調整をお願いする場合があります。)

【受診日】 商工会館受診 ……6月15日(月) 6月17日(水)の2日間
事業所巡回 ……6月16日(火)

【受付時間】 AM 9:00 AM 10:00 AM 11:00
PM 1:00 PM 2:00 PM 3:00

※午前中は原則B1・C2・C3コースを受診される方を優先とします。
(AM9:00は混雑が予想されますのでAM10:00以降の受診をお勧めします。)

※1 協会けんぽに加入されている方は欄に○印をお付けください。

※2 日進市内にお住まいの方で、国民健康保険に加入されている方は「日進市国保」欄に○印をお付けください。

※3 愛知県中小企業共済に加入されている方は「共済割引」欄に○印をお付けください。

No.	フリガナ氏名	性別	生年月日	受診コース	協会けんぽ ^{※1}	日進市国保 ^{※2}	共済割引 ^{※3}	オプション健診
1		男・女	S・H 年 月 日					追加血液検査・大腸がん・ヒロリ菌・前立腺がん・腫瘍M(男)・腫瘍M(女)
2		男・女	S・H 年 月 日					追加血液検査・大腸がん・ヒロリ菌・前立腺がん・腫瘍M(男)・腫瘍M(女)
3		男・女	S・H 年 月 日					追加血液検査・大腸がん・ヒロリ菌・前立腺がん・腫瘍M(男)・腫瘍M(女)
4		男・女	S・H 年 月 日					追加血液検査・大腸がん・ヒロリ菌・前立腺がん・腫瘍M(男)・腫瘍M(女)
5		男・女	S・H 年 月 日					追加血液検査・大腸がん・ヒロリ菌・前立腺がん・腫瘍M(男)・腫瘍M(女)

【受診費用】	Aコース受診 (6,000円)	×	名=	円
	B1コース受診 (14,000円)	×	名=	円
	B2コース受診 (11,500円)	×	名=	円
	C1コース受診 (1,500円)	×	名=	円
	C2コース受診 (5,000円)	×	名=	円
	C3コース受診 (5,000円)	×	名=	円
【追加検査】	追加血液検査 (700円)	×	名=	円
	大腸がん (1,500円)	×	名=	円
	ヒロリ菌 (1,600円)	×	名=	円
	前立腺がん (2,000円)	×	名=	円 (PSA)
	じん肺 (3,000円)	×	名=	円
	腫瘍マーカー男性 (8,000円)	×	名=	円 (CEA/AFP/CA19-9/PSA)
	腫瘍マーカー女性 (9,000円)	×	名=	円 (CEA/AFP/CA19-9/PSA/CA125/CA15-3)
	有機溶剤物質 (円)	×	名=	円 (溶剤名:)
	特定化学物質 (3,000円)	×	名=	円 (=溶接ヒューム)
	中小企業共済 (▲1,500円)	×	名=▲	円
	中小企業共済 (▲5,000円)	×	名=▲	円

*1 有機溶剤を使用されている事業所様は、溶剤名のご記入をお願いいたします。

*2 特定化学物質(溶接ヒューム)… アーク溶接を常時作業従事している方が対象

受診費用合計	円
--------	---

申込み締切日は、令和8年5月18日(月)
17時とさせていただきます。期限厳守

日進市商工会
TEL 0561-73-8000
FAX 0561-73-8003