

令和2年度 健康診断申込書

お申込みFAX送信先

025-522-2434

上越地域総合健康管理センター行

※ 部分をご記入の上、お申込みください。

貴社名				ご担当者様		様
ご住所	〒			ご契約健保		
TEL		FAX		保険者番号		
業種				保険証記号		

健康診断（予約状況によりご希望に沿えない場合があります。）

健診月	月～	月	健診会場	医師会館・妙高健診室		
ご希望の健診に予定人数を記入してください。がん検診やオプション検査等の追加項目は名簿送付時にご記入をお願い致します。また同時、単独で特殊健診を受診される場合は、該当する特殊健診の番号に○印を記入してください。						
ドック健診・定期健康診断				特殊健診		
1	人間ドック健診		名	1	有機溶剤健康診断	
2	充実ドック健診（一日ドック）		名	2	特定化学物質健康診断	
3	生活習慣病付加健診 <small>（協会けんぽ 年度末40歳・50歳対象）</small>		名	3	鉛健康診断	
4	定期健診（A・B・Cコース・雇入）		名	4	電離放射線健康診断	
5	生活習慣病予防健診（協会けんぽ）		名	5	じん肺健康診断	
6	生活習慣病予防健診（協会けんぽ以外）		名	6	石綿健康診断	
7	その他の健康診断（ ）		名	7	情報機器作業健康診断	
				8	その他（ ）	

※年度内に複数回健康診断を実施される場合は、下記にご記入ください

健診月	月～	月	健診会場	医師会館・妙高健診室		
ご希望の健診に予定人数を記入してください。また同時、単独で特殊健診を受診される場合は、該当する特殊健診の番号に○印を記入してください。						
定期健康診断				特殊健診		
1	特定業務従事者健康診断		名	1	有機溶剤健康診断	
2	その他の健康診断（ ）		名	2	特定化学物質健康診断	
				3	鉛健康診断	
				4	電離放射線健康診断	
				5	じん肺健康診断	
				6	石綿健康診断	
				7	情報機器作業健康診断	
				8	その他（ ）	

ご意見、ご要望等ございましたらご記入ください。