

健康診断申込書

FAX送信先： 上越地域総合健康管理センター 企画課

025-522-2434

必要事項 をご記入いただきFAX(もしくは郵送)、または「事業所健診お申し込み」フォームに入力いただきお申し込みください。

または

「事業所健診お申し込み」フォーム

<https://www.joetsu.niigata.med.or.jp/sougou/>

事業所名				ご担当者名	様
ご住所	〒			ご契約健保	
TEL		FAX		保険者番号・記号	.
E-MAIL				業種	

今回のお申込みで複数の事業所分を申し込まれる場合は、以下にご記入ください(前回ご案内した事業所様は印字しております)追加の事業所がございましたら空欄にご記入ください

	申し込む	・	申し込まない	理由: 対象者不在	・	その他()
	申し込む	・	申し込まない	理由: 対象者不在	・	その他()
	申し込む	・	申し込まない	理由: 対象者不在	・	その他()
	申し込む	・	申し込まない	理由: 対象者不在	・	その他()
	申し込む	・	申し込まない	理由: 対象者不在	・	その他()

①人間ドック健診・定期健康診断・特殊健診

健診月	年	月	～	年	月	健診会場	医師会館	・	妙高健診室	・	巡回
ご希望の健診に予定人数をご記入ください(複数の事業所を同時にお申込みされる場合は、合算した人数をご記入ください)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します協会けんぽ以外の健保コースをご希望の場合は、「6 その他の健康診断」にご記入ください											
1	人間ドック健診(A)	※標準的な半日ドック			名	4	生活習慣病予防健診	一般健診	名		
2	人間ドック健診(B)	※ドック健診(A)にオプション検査を追加した半日ドック			名	5	生活習慣病予防健診	付加健診	名		
3	定期健診(A・B・Cコース・雇入)				名	6	その他の健康診断()	名			
特殊健診を健診と同時または単独で実施される場合は、該当する特殊健診の番号に○印をご記入ください											
1	有機溶剤健診	3	鉛健診	5	じん肺健診	7	その他の特殊健診				
2	特定化学物質健診	4	電離放射線健診	6	石綿健診	()					

②上記以外に6ヵ月毎に実施が必要な健診(特定業務従事者健康診断・特殊健診等)

健診月	年	月	～	年	月	健診会場	医師会館	・	妙高健診室	・	巡回
ご希望の健診に予定人数をご記入ください(複数の事業所を同時にお申込みされる場合は、合算した人数をご記入ください)											
1	特定業務従事者健康診断				名	2	特殊健診のみ	名			
特殊健診を健診と同時または単独で実施される場合は、該当する特殊健診の番号に○印をご記入ください											
1	有機溶剤健診	3	鉛健診	5	じん肺健診	7	その他の特殊健診				
2	特定化学物質健診	4	電離放射線健診	6	石綿健診	()					

ご意見、ご要望等ございましたらご記入ください

以下から貴社の業種を選択し、表面の「業種」欄に番号をご記入ください

業種番号	業種名称
1	農業
2	林業
3	漁業
4	鉱業
5	建設業
6	製造業
7	電気・ガス・熱供給・水道業
8	運輸・通信業
9	卸売・小売業・飲食業
10	金融・保険業
11	不動産業
12	サービス業
13	公務
14	製造業（電子）
15	製造業（鉄鋼）
99	その他

健康診断書類送付先確認書

FAX送信先： 上越地域総合健康管理センター 企画課

025-522-2434

各種書類の送付先は現在以下の登録となっております。

変更がございましたら、訂正いただきFAXにてご返送ください。

事業所名			
住 所	〒		
T E L		F A X	
担当者			

	【 定期健康診断 】	【 人間ドック健診 】
受診内容確認書類 ※名簿等	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒	
	<input type="checkbox"/> Excelファイルによるデータ提供可能	
受診票	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> ご自宅へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒
	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> ご自宅へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> ご自宅へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒
結果帳票	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> ご自宅へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒	<input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> ご自宅へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒
請求書	<input type="checkbox"/> クラウドメールサービスによるPDFファイルでの受領 (担当者名:) ※「健診ウェブサービス ご担当者総合メニュー」への登録が必要になります	
	<input type="checkbox"/> 事業所様ご指定のオンラインサービスによるファイルでの受領 (サービス名:)	
	<input type="checkbox"/> 郵送による書類での受領 <input type="checkbox"/> 上記の事業所へ送付 <input type="checkbox"/> 下記の指定先へ送付 事業所名 住所 〒	