

一般定期健康診断・生活習慣病予防健診申込書

令和3年 月 日

申込締切日：7月12日(月)

期限厳守

事業所名 _____ 所在地 _____

電話番号 _____ F A X _____ 担当者名 _____

※受診される区分・希望日に○をつけて下さい。

受付番号	申込番号	ふりがな	性別	生年月日	保険記号	受診区分					受診希望日					備考
		受診者名			保険番号	診一般定期健	者んぼ被保険	健診(協会)	生活習慣病	健診(実費)	生活習慣病	特殊健診	23日	24日	25日	
	1			昭和 年 月 日 平成												
	2			昭和 年 月 日 平成												
	3			昭和 年 月 日 平成												
	4			昭和 年 月 日 平成												
	5			昭和 年 月 日 平成												

※不足の場合はコピーしてお使い下さい。(本会 HP の新着情報にも本健診案内のページがありますので、そちらからもダウンロードできます。)

※申込状況により、ご希望の日程に添えない場合がありますので、あしからずご了承ください。(日程調整については実施機関より連絡があります。)

※健康保険を協会健保で成立をしている事業所は、
補助対象者が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」(写)を必ず提出して下さい。(FAX 可)

※厚生労働省よりコラボヘルスの推進が求められていることから、申込書に受診者の「保険記号」と「保険番号」を記載していただきますようご協力をお願いいたします。(コラボヘルスとは、健康保険組合などの保険者と事業者が積極的に連携し、労働者の健康保持増進を効率的・効果的に行うことを指します。)