

会館内実施健診申込書（複数名用）

当組合会館内
実施専用申込書

- ◎年度内にいずれか1つの補助になります。重複して受診することはできません。
◎オプション料金は受診日当日に医療機関へお支払いいただきます。
◎当組合加入者以外の方(自費)は、被保険者番号欄に「未加入」又は「パート」等とご記入ください。

事業所記号		事業所名称	
事業所 担当者名		TEL	
		FAX	
		E/mail	

★実施時間についての注意点★ ※必ずご一読のうえ、お申込ください

健診実施時期を見直した影響により、例年よりも受診者数の増加が見込まれます。
申込人数によっては午前の部（9：00～12：00予定）と午後の部（13：30～15：00予定）の2部制にて実施する可能性がございます。決定次第ご連絡いたします。
 2部制にて実施する場合、検査の都合上、午前の部はBコース、Dコースの方、午後の部はEコースの方を優先させていただきますことを予めご了承の上、申込をお願いいたします。
 ※検査前の飲食時間：午前の部の方は前日21時まで、午後の部の方は当日7時まで可能です。
 なお、午後の部につきましては午前中の検査状況等により開始時刻に遅れが生じる可能性も予想されますので、健診日当日は時間に余裕を持ってご参加ください。

被保険者 番号	受診希望者氏名	性別	受診日	オプション検査申込有無
生年月日	年齢	資格 区分	健診区分（申込コース）	
番号	氏名	男性 女性	9月11日	オプション検査を （ 申込む ・ 申込まない ）
S H 年 月 日	歳	本人	A2 ・ B ・ D ・ E	
		家族	A1（労働安全衛生法定期健康診断対応）	
☐ 受診時に付き添いを希望される方はチェックをつけてください（付き添い者：				
番号	氏名	男性 女性	9月11日	オプション検査を （ 申込む ・ 申込まない ）
S H 年 月 日	歳	本人	A2 ・ B ・ D ・ E	
		家族	A1（労働安全衛生法定期健康診断対応）	
☐ 受診時に付き添いを希望される方はチェックをつけてください（付き添い者：				
番号	氏名	男性 女性	9月11日	オプション検査を （ 申込む ・ 申込まない ）
S H 年 月 日	歳	本人	A2 ・ B ・ D ・ E	
		家族	A1（労働安全衛生法定期健康診断対応）	
☐ 受診時に付き添いを希望される方はチェックをつけてください（付き添い者：				

〔個人情報の取扱い〕 …詳細内容は当組合ホームページでご確認いただけます。

申込書の記載内容および健診等結果は、補助支払、保健事業の企画運営に使用し、他の目的には使用しません。