

# 定期健康診断 【労働安全衛生規則で定められた健診】

H28年度申込書・フィオーレ

検査項目	健診コース	Aコース	Bコース	検査項目	Aコース	Bコース
	健診料金	9,720円 (税抜9,000円)	4,320円 (税抜4,000円)			
既往歴および業務歴の調査	●	●	貧血検査(赤血球数・血色素量)	●		
自覚症状の有無	●	●	肝機能検査	●		
身長・体重・腹囲測定・BMI	●	●	【AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP】			
視力・聴力検査	●	●	血中脂質検査【LDL-コレステロール	●		
血圧測定	●	●	中性脂肪・HDL-コレステロール】			
尿検査(尿糖・尿蛋白)	●	●	糖尿病検査【空腹時血糖】	●		
胸部X線検査	●	●	心電図検査	●		

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号		事業所ご担当者	
保険者番号		保険証の記号	

調査票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・ 営業所名	〒		
電話番号		送付先ご担当者	

健康保険証の 番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日		希望のコースを ○で囲んでください	
				受付時間	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B
			昭和・平成 年 月 日	月 日	月 日	A	B