

申込書記入例

定期健康診断

定期健康診断 【労働安全衛生規則で定められた健診】 H29年度申込書・フォーム 見本

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

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

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所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 受付時間	希望のコースを○で 囲んでください	備考
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A 定健B	

●イオアレ健康クリニック

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 見本 00111
平成26年 6月25日交付

記号 21700023 ① 番号 21 ②

氏名 株式会社 太郎
生年月日 昭和〇〇年△月□日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 〇〇株式会社 ③
保険者番号 01010016
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

印

事業所名 〇〇株式会社

事業所所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇1-2-3

電話番号 1234-5678 ※必ず連絡先を明記願います。

事業所ご担当者 〇〇

保険者番号 01010016 ③ 保険証の記号 21700023 ①

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。
住所/支店・営業所名 〒 ※上記事業所在地と、問診票等送付先住所が異なる場合のみ明記願います。
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 受付時間	希望のコースを○で 囲んでください	備考
21 ②	キョウカイ タロウ 協会 太郎	男	昭和・平成 昭和・平成 〇〇年 △月 □日	4月10日 10:00	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成	日	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成	日	定健A 定健B	
		男・女	昭和・平成	日	定健A 定健B	

※電話で予約された受診日時をご記入ください