健診申込書

**ＦＡＸ　088-863-8520**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 名  （事業所コード） |  | | | |  |
| 住　所 | 〒 | | | | |
| 担当者様 |  | | 電話番号 |  | |
| Ｆ Ａ Ｘ |  | |
| **健診料のお支払方法　（各検診のお支払方法を確認させて下さい　該当のお支払方法に○をして下さい）** | | | | | |
| 生活習慣病一般健診  （35歳～75歳誕生日前日） | | 事業所へ請求 | | 健診当日個人負担 | |
| 付加健診  （40歳以上5歳刻み） | | 事業所へ請求 | | 健診当日個人負担 | |
| 補助対象年齢の婦人科検診  （偶数年齢） | | 事業所へ請求 | | 健診当日個人負担 | |
| 補助対象外年齢の婦人科検診  （奇数年齢） | | 事業所へ請求 | | 健診当日個人負担 | |
| オプション検査 | | 事業所へ請求 | | 健診当日個人負担 | |
| 個人票の有無  （健診結果事業所控え ５年間表示） | | 要 | | 不要 | |

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸの場合 | FAX番号　088-863-8520　　ＪＡ高知健診センター |
| 郵送の場合 | 〒783-8509　高知県南国市明見字中野526-1　ＪＡ高知健診センター |

**≪ 健診申込書・受診者名簿をFAXか郵送して下さい。 ≫**

受　診　者　名　簿

事業所 ［　　　］　　　　　　　　　　　（ 　　　　 ）

当健診センターで健診を希望する方は、氏名・生年月日他太枠で囲まれた部分は必ず記入して下さい。

また、検診項目欄は希望する検診に○をし、希望月（日）を記入したものを、別紙「健診申込書」と一緒にＦＡＸか郵送でお知らせ下さい。

注：予約日の確約ではありません　ＦＡＸ・郵送での申込が到着後、順次お電話にて予約日を決定させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 | 番号 | フリガナ  氏　　名 | 性別 | 生年月日 | 年度  年齢 | 検診項目 | | | 希望月(日) | 希望月(日) | * 備考 |
| 一般 | 40歳以上5歳刻み | 婦人科検診 |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 一般健診 | 付加健診 | 乳・子 |  |  |  |

※備考欄へは、人間ドックへの変更（ｽﾃｯﾌﾟｱｯﾌﾟ人間ドック）、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ検査）、労安法検査等のご希望があればご記入下さい。