

健診申込書

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して下さい 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	

F A Xの場合	FAX 番号 088-863-8520 J A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 J A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F A X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 F A X・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			
						一般健診	付加健診	乳・子			

※備考欄へは、人間ドックへの変更（ステップアップ人間ドック）、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。