

健康増進サポート健診申込書

必要事項をご記入の上、ご希望の健診機関へ直接FAXまたは郵送でお申込みください。

健診機関 (〇で囲んでください)	<input type="checkbox"/> (一社) 新潟県労働衛生医学協会 FAX 025-370-1975 〒950-1187 新潟市西区北陽1185番地3	担当：川島	
	<input type="checkbox"/> アクアアール長岡健康増進センター		
	<input type="checkbox"/> (一財) 新潟県けんこう財団 FAX 0258-28-3667 〒940-2108 長岡市千秋2丁目229番地1	担当：高橋	
	<input type="checkbox"/> 長岡健康管理センター		

※申込受付次第、健診機関より受付完了の電話連絡をいたします。連絡がない場合は、商工会議所 (☎0258-32-4500) へご一報くださいますようお願い申し上げます。

事業所名		お申込人数	合計	名
住所		FAX		
ご担当者				
TEL				

※本申込書にご記入いただいた情報は健診機関との日程調整、受診票の送付、情報提供のために利用することを同意の上申込みます。

No.	(フリガナ) 受診者氏名	性別	男	女
生年月日	西暦	年	月	日 (年齢 才)
保険者名称 (加入されている保険)	・協会けんぽ ・国保 ・その他 ()			
健診希望時期	() 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	健診決定日	年	月 日 (※1)
健診項目 (〇で囲んでください)	・基本人間ドック (必須) ・オプション検査 (選択) A・B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N・O・P・Q・R・S・T			

No.	(フリガナ) 受診者氏名	性別	男	女
生年月日	西暦	年	月	日 (年齢 才)
保険者名称 (加入されている保険)	・協会けんぽ ・国保 ・その他 ()			
健診希望時期	() 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	健診決定日	年	月 日 (※1)
健診項目 (〇で囲んでください)	・基本人間ドック (必須) ・オプション検査 (選択) A・B・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L・M・N・O・P・Q・R・S・T			

※申込書が不足の場合はコピーしてご使用ください。※オプション検査は別表をご参照ください。※1、※2、※3は記入しないでください。

健診機関受付日 (※2)	健診機関→会議所へ連絡欄 (※3) ◆健診決定日をご記入の上、商工会議所へ転送ください。 (FAX0258-34-4500 担当:佐藤)	
年 月 日	会議所への転送日	健診機関担当者名
年 月 日	年 月 日	

