

巡 回 健 診 申 込 書

〒 136 - 0000

事業所所在地 **東京都江東区新木場〇-〇-〇**

事業所名 **健康商店 株式会社**

事業所記号				※30歳以上の方は生活習慣病健診を受診できます。 (年度末日に30歳を迎える方が対象です。) ※健診の補助は年度内に1度となります。			
4	0	0	0				
①	実施希望 所在地	東京都江東区新木場〇-〇-〇 担当者名 健保 太郎 連絡先 03 (1234) 5678					
30歳未満 健診申込者	A1 10 人	A2 5 人	30歳以上 健診申込者	30 人	合 計	45 人	
②	実施希望 所在地	担当者名 _____ 連絡先 _____ () _____					
30歳未満 健診申込者	A1 人	A2 人	30歳以上 健診申込者	人	合 計	人	
通信欄(健診に関して希望等ございましたらご記入ください。)							

※A2…生活習慣病健診に準ずる内容(A1に加え、血液検査・心電図・腹囲を実施)
 料金についてはp.6を参照

《注意事項》

- ① 実施希望場所の地図を必ず添付して下さい。(2ヶ所以上の場合はそれぞれの地図を添付)
- ② 日程等の調整がありますので、申込はお早め(5月末まで)をお願いします。
- ③ 時間帯の希望につきましては、人数・場所等の関係で、要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。(申込後、医療機関から日程等の連絡がありますので、その際に調整ください。)

※ 健診申込者の個人情報(住所等)は健診委託業者等への連絡に使用します。

※ この申込書をいただいた方は、当組合が健診結果を収集すること、及びその結果をもとに事業所と連携し、特定保健指導等の保健事業に利用することについて同意したものとさせていただきます。