

記入例

健保加入者健康診断申込書・受診者名簿

No.1

【施設内健診用】

事業所名	静岡商事株式会社
事業所住所 (書類送付先)	静岡市駿河区下川原123-4
T E L	054-123-4567
F A X	054-765-4321
担当者名	福祉 花子
加入健保名	産労健保
保険証記号	01234

〇〇 送信先 〇〇

公益財団法人
静岡県産業労働福祉協会

〒421-0113
静岡市駿河区下川原6丁目8-1

TEL : 054-258-4855

FAX : 054-258-4403

メール :

kikaku@kenshin-shizuoka.net

※事前の健診書類・健診結果・請求書の送付先が異なる場合は、別途ご連絡ください

生年月日は S・H を消して S 50年 等と入力していただいて構いません
手書きの場合は S・H に○印してください

No.	番号	氏名	別	生年月日	健診希望日時	健診コース	備考 <左記項目以外の検査等>
1	123	フシキョウタ 福祉 協太	男	S 50年 10月10日	4/1 (木) ②	Bコース	胃バリウム実施しない (胃検診のあるコースで胃検診実施しない場合のみ記入)
2	456	シズク ダイスケ 静福 大輔	男	S 31年 2月22日	4/1 (木) ①	人間ドックD1	
3	789	フシハナコ 福祉 花子	女	S (H) 3年 3月4日	4/2 (金) ③	A1コース	婦人科(エコー・子宮がん)
4	未加入	サンロウ ヒロシ 産労 洋	男	(S)・H 61年 4月2日	4/5 (月) ③	A1コース	Bコースの血液検査追加
7			女	月 日	/		
8			男・女	S・H 年 月 日	()		
9			男・女	S・H 年 月 日	/		
10			男・女	S・H 年 月 日	/		

『実施のお知らせ』に記載の実施日・受付時間を参照してください
曜日は自動で入力されます
例: 4/1 と入力→ 4/1(水) になります

健診コースは健保組合指定のコース名を記入してください(健保組合に問い合わせるか、HP等でお調べください)

備考欄には追加検査・実施しない検査等あれば記入してください

※ 記入欄が足りない場合は、コピーしてご使用ください。別紙で作成していただいても構いません。

※ 申し込み後に健保番号の変更があった場合は、お早目にご連絡ください(健保の補助が受けられなくなってしまいます)