

2021年度

## 健康診断申込書

## 【お申込み方法】

- ①以下の必要事項をご記入ください。  
 ②受診者様情報は別紙『健康診断受診者名簿』にご記入ください。  
 ③ご記入後は、申込書と受診者名簿を弊社へFAXをお願いします。

お申込日： 年 月 日

## ▼お客様情報

事業所名称 住所	部署名	
	(フリガナ)	
	ご担当者名	印
	電話番号	
	FAX番号	
加入健康保険組合	全国健康保険協会 [ ] 支部	保険証記号 ( )
従業員数	名 (男性： 名・女性： 名)	

## ▼健康診断内容等

受診場所	<input type="checkbox"/> 新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 東新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 長岡健康管理センター			
希望月	・第一希望 月      ・第二希望 月 ※ご受診をお急ぎの際は、事前に弊社までお問い合わせください。			
受診コース	健康診断の種類	対象(2022年4月1日時点)	人数	料金(税込)
	人間ドック	-	名	41,030 円
	差額ドック(協会けんぽ補助利用)	35歳～74歳	名	29,334 円
	脳ドック	-	名	38,500 円
	脳ドック(人間ドックと同時受診)	-	名	33,000 円
	協会けんぽ 生活習慣病予防健診	35歳～74歳	名	7,169 円
	Aコース(労働安全衛生法に基づく内容)	-	名	8,360 円
	Cコース(Aコースの血液項目を充実させた内容)	-	名	11,000 円
	協会けんぽ 子宮頸がん検診	20歳～74歳の偶数年齢	名	1,039 円
	協会けんぽ 乳がん検診(マンモグラフィ検査 2方向)	40歳～49歳の偶数年齢	名	1,686 円
	協会けんぽ 乳がん検診(マンモグラフィ検査 1方向)	50歳～74歳の偶数年齢	名	1,086 円
	協会けんぽ 付加健診	40歳・50歳	名	4,802 円
			名	円
		名	円	
		名	円	
書類送付先	※受診票・結果票等の書類送付先が上記住所と異なる場合のみ、以下へご記入ください。 〒 -      ご担当者名 ( ) 電話番号 ( )			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み			

## ▼連絡欄(ご意見・ご要望など)

--

申込書・受診者名簿は 弊社〈FAX：025-245-1155〉へ送信してください



一般財団法人  
健康医学予防協会

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山2丁目6番10号  
 TEL 025-245-1111 FAX 025-245-1155  
 ※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。

# 健康診断受診者名簿

●下表に健康診断の受診者様情報をご記入の上、別紙『健康診断申込書』と併せて弊社までFAXをお願いします。

事業所名：

保険証記号：

ご担当者名：

No	保険証 番号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日（西暦）	保険証 加入区分	受 診 内 容	備 考	健診希望日（日程・受付時間）				確 定 日
									第1希望		第2希望		
1				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
2				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
3				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
4				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
5				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
6				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
7				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
8				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
9				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
10				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :

申込書・受診者名簿は 弊社 〈FAX：025-245-1155〉へ送信してください



一般財団法人  
健康医学予防協会

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山2丁目6番10号

TEL 025-245-1111 / FAX 025-245-1155

※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。