

2020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会へ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	
	F A X 番 号	
加入健康 保険組合	健康保険組合名称 [	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	☐ 新潟健診プラザ ☐ 東新潟健診プラザ ☐ 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、事前に弊会までお問い合わせください。			
受 診 コー ス	人間ドック	名	料金： 37,300 円 (税別)	
	脳ドック	名	料金： 35,000 円 (税別)	
	脳ドック (人間ドックと同時受診)	名	料金： 30,000 円 (税別)	
	Aコース (労働安全衛生法に基づく内容)	名	料金： 7,600 円 (税別)	
	Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容)	名	料金： 10,000 円 (税別)	
	オプション検査	子宮がん検診	名	※ご加入の健康保険組合により 料金が異なる場合がございます。
		乳がん検診	名	
		名	料金： 円 (税別)	
		名	料金： 円 (税別)	
		名	料金： 円 (税別)	
		名	料金： 円 (税別)	
		名	料金： 円 (税別)	
		名	料金： 円 (税別)	
	名	料金： 円 (税別)		
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	☐ 当日窓口にてお支払い ☐ 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 弊会〈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 F A Xをお願いします。

事業所名称：

ご担当者名：

No	保険証 番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	保険証 加入区分	受 診 コ ー ス	備 考	健診希望日		決定日
								第 1 希望	第 2 希望	
1			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
2			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
3			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
4			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
5			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
6			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
7			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
8			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
9			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()
10			男 女	昭 平	本人 配偶者 家族			月 日 () AM ・ PM	月 日 () AM ・ PM	月 日 ()

申込書・受診者名簿は 弊社〈F A X : 0 2 5 - 2 4 5 - 1 1 5 5〉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。