

2025 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財団へ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	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	<input type="checkbox"/> 新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 東新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 西新潟健診プラザ <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、事前にお問い合わせください。			
受診コース	人間ドック	名	料金： 41,800 円 (税込)	
	脳ドック	名	料金： 38,500 円 (税込)	
	脳ドック (人間ドックと同時受診)	名	料金： 33,000 円 (税込)	
	Aコース (労働安全衛生法に基づく内容)	名	料金： 8,800 円 (税込)	
	Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容)	名	料金： 13,200 円 (税込)	
	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	
	有機溶剤健診 (溶剤No.)	名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
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・受診者名簿は下記へFAX送信くださいますようお願いいたします。

■新潟・東・西健診プラザご受診希望の方：FAX 025-245-1155

■長岡健康管理センターご受診希望の方：FAX 0258-28-3667

【個人情報の取り扱いについて】 お客様の個人情報は、その保護に十分配慮しつつ、当財団の範囲内に限り、使用させていただきます。

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』と併せて弊財団まで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 (受診場所・OP検査など)	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()	:
2				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
3				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
4				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
5				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
6				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
7				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
8				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
9				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
10				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:

▼申込書・受診者名簿は下記へFAX送信くださいますようお願いいたします。

■新潟・東・西健診プラザご受診希望の方：FAX 025-245-1155
 ■長岡健康管理センターご受診希望の方：FAX 0258-28-3667

2025 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財団へFAXをお願いします。

お申込日： 2025 年 4 月 1 日

▼お客様情報

事業所名称 住所	けんこう 株式会社 〒950-0914 新潟市中央区紫竹山2-6-10	部署名	総務部
		(フリガナ)	ケンコウ タロウ
		ご担当者名	健康 太郎 印
		電話番号	025-245-1111
		FAX番号	025-245-1155
加入健康 保険組合	健康保険組合名称 [●●健康保険組合]	保険証記号 (●●●)	
従業員数	50 名 (男性： 30 名 ・ 女性： 20 名)		

▼健康診断内容等

受診場所	<input checked="" type="checkbox"/> 新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 東新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 西新潟健診プラザ <input type="checkbox"/> 長岡健康管理センター			
希望月	・ 第一希望 4 月 ・ 第二希望 5 月 ※ご受診をお急ぎの際は、事前にお問い合わせください。			
受診コース	人間ドック	1 名	料金： 41,800 円 (税込)	
	脳ドック	1 名	料金： 38,500 円 (税込)	
	脳ドック (人間ドックと同時受診)	1 名	料金： 33,000 円 (税込)	
	Aコース (労働安全衛生法に基づく内容)	1 名	料金： 8,800 円 (税込)	
	Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容)	1 名	料金： 13,200 円 (税込)	
	オプション検査	子宮がん検診	1 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	1 名	
	有機溶剤健診 (溶剤No. 1・5)	1 名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
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 checked="" 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・受診者名簿は下記へFAX送信くださいますようお願いいたします。

■新潟・東・西健診プラザご受診希望の方：FAX 025-245-1155

■長岡健康管理センターご受診希望の方：FAX 0258-28-3667

【個人情報の取り扱いについて】 お客様の個人情報は、その保護に十分配慮しつつ、当財団の範囲内に限り、使用させていただきます。

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』と併せて弊財団までFAXをお願いします。

事業所名： **けんこう 株式会社**

保険証記号： ●●●●●●●●

ご担当者名： **健康 太郎**

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 (受診場所・OP検査など)	健診希望日(日程・受付時間)				確 定 日		
									第1希望		第2希望				
1	1	健康 太郎	ケンコウ タロウ	男	1980年5月1日	本人	人間ドック	脳ドック	6月3日(月)	9:00	6月4日(火)	9:00	月	日()	:
2	2	健康 次郎	ケンコウ ジロウ	男	1984年6月1日	本人	脳ドック		6月4日(火)	9:00	6月5日(水)	9:00	月	日()	:
3	3	健康 花子	ケンコウ ハナコ	女	1982年7月1日	本人	Cコース	子宮がん・乳がん	6月5日(水)	9:00	6月6日(木)	9:00	月	日()	:
4	4	健康 良子	ケンコウ リョウコ	女	1990年8月1日	本人	Aコース	有機溶剤 (No.1・5)	6月6日(木)	9:00	6月3日(月)	9:00	月	日()	:
5				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	
6				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	
7				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	
8				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	
9				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	
10				男女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:	

▼申込書・受診者名簿は下記へFAX送信くださいますようお願いいたします。

■新潟・東・西健診プラザご受診希望の方：FAX 025-245-1155
 ■長岡健康管理センターご受診希望の方：FAX 0258-28-3667

■有機溶剤一覧表

※健康診断申込書・受診者名簿にご希望の溶剤No.を記入ください。

溶剤No.	溶剤名	溶剤No.	溶剤名
1	アセトン	28	1, 2-ジクロルエチレン
2	イソブチルアルコール	30	N, N-ジメチルホルムアミド
3	イソプロピルアルコール	34	テトラヒドロフラン
4	イソペンチルアルコール	35	1, 1, 1-トリクロルエタン
5	エチルエーテル	37	トルエン
6	エチレングリコールモノエチルエーテル	38	二硫化炭素
7	エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート	39	ノルマルヘキサン
8	エチレングリコールモノノルマルブチルエーテル	40	1-ブタノール
9	エチレングリコールモノメチルエーテル	41	2-ブタノール
10	オルト-ジクロルベンゼン	42	メタノール
11	キシレン	44	メチルエチルケトン
12	クレゾール	45	メチルシクロヘキサノール
13	クロルベンゼン	46	メチルシクロヘキサノン
15	酢酸イソブチル	47	メチル・ノルマルブチルケトン
16	酢酸イソプロピル	48	ガソリン
17	酢酸イソペンチル	49	コールタールナフサ
18	酢酸エチル	50	石油エーテル
19	酢酸ノルマルブチル	51	石油ナフサ
20	酢酸ノルマルプロピル	52	石油ベンジン
21	酢酸ノルマルペンチル	53	テレピン油
22	酢酸メチル	54	ミネラルスピリット
24	シクロヘキサノール	55	その他（前各号に掲げる物のみから成る混合物）
25	シクロヘキサノン		

※参考 [労働安全衛生法施工令別表第6の2]