

# 健康診断申込書

- 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

|                  |                       |   |           |
|------------------|-----------------------|---|-----------|
| 事業所名称<br><br>住 所 | 部 署 名                 |   |           |
|                  | (フリガナ)                |   |           |
|                  | ご担当者名                 |   | 印         |
|                  | 電 話 番 号               |   |           |
|                  | F A X 番号              |   |           |
|                  | メールアドレス               |   |           |
| 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 ) |   |           |

|           |                                                                                                                                          |        |                                   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------|
| 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             |
|           |                                                                                                                                          | 乳がん検診  | 名      料金が異なる場合がございます。            |
|           | 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） |
| 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。<br>〒                                                                                            |        |                                   |
|           | 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                                                                |        |                                   |

|  |
|--|
|  |
|--|

■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<br>番号 | 氏 名 | フリガナ | 性別     | 生年月日(西暦) | 保険証<br>加入区分     | 受 診 内 容 | 備 考<br>(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<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 2  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 3  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 4  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 5  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 6  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 7  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 8  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 9  |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | : | 月 日（ ）  | : | 月 日（ ） | : |
| 10 |           |     |      | 男<br>女 | 年 月 日    | 本人<br>配偶者<br>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社団へ F A X 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<br>住 所 | けんこう 株式会社<br><br>〒950-0914<br>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        |
|              |                                               | F A X 番号      | 025-245-1155        |
|              |                                               | メールアドレス       | example@example.com |
| 加入健康<br>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<br>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) |                   |                                   |
| 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。<br>〒 -<br>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』と併せて弊社財団まで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<br>番号 | 氏 名   | フリガナ      | 性別 | 生年月日(西暦)  | 保険証<br>加入区分     | 受 診 内 容 | 備 考<br>(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<br>(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<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | :    | 月 日（ ）  | :    | 月 日（ ） | : |
| 6  |           |       |           | 男女 | 年 月 日     | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | :    | 月 日（ ）  | :    | 月 日（ ） | : |
| 7  |           |       |           | 男女 | 年 月 日     | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | :    | 月 日（ ）  | :    | 月 日（ ） | : |
| 8  |           |       |           | 男女 | 年 月 日     | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | :    | 月 日（ ）  | :    | 月 日（ ） | : |
| 9  |           |       |           | 男女 | 年 月 日     | 本人<br>配偶者<br>家族 |         |                      | 月 日（ ）         | :    | 月 日（ ）  | :    | 月 日（ ） | : |
| 10 |           |       |           | 男女 | 年 月 日     | 本人<br>配偶者<br>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］