

事業所所在地

令和7年度 一般健康診断申込書

〔法定健診・雇入健診・深夜業健診・電離健診及び、  
健診代行機関を通してお申込みの方〕

(FAX番号：0770-21-1125)

事業所名称

代行機関を通してのお申し込みの場合はご記入ください。

申込書記入日 令和 年 月 日

日中のご連絡をさせていただきます。必ず担当者名、電話番号をご記入ください。

担当者名

電話番号

FAX番号

代行機関名

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号

健康保険証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	健診希望日 (第一希望)	健診希望日 (第二希望)	健診希望日 (第三希望)	備考(追加オプション検査等)	健診確定日 (当院記入欄)
	氏名								
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日

(注) 当院の一般健診項目は、「身体計測、視力、聴力、尿検査、血液検査、胸部レントゲン、心電図、診察」となります。こちらを基本に項目を追加・削除をする貴社様オリジナルとなります。料金はご希望項目により変わりますので、金額は健診センターまでお問合せください。