

## 雇 入 時 健 康 診 断 申 込 書

事業所名： \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

担当部署： \_\_\_\_\_ ご担当者. \_\_\_\_\_

加入している健康保険組合名： \_\_\_\_\_

■健康診断の結果及び請求書の送付先が上記所在地と異なる場合はその住所・部署名をご記入下さい。

・健診結果は⇒ 〒 \_\_\_\_\_

・請求書は ⇒ 〒 \_\_\_\_\_

受診日：                    年            月            日 ～            年            月            日

◆労働安全衛生法第66条、労働安全衛生規則第43条に沿った健康診断【金額には別途消費税が掛かります】

<b>【雇入時】</b> (12,000円)	内科一般診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・腹囲測定 胸部X線検査（直接撮影）・心電図・尿検査（糖、蛋白） 血液検査            ・肝機能…GOT・GPT・γ-GTP ・血中脂質…中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール ・貧血…赤血球数・血色素量 ・空腹時血糖	名
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

◆その他の検査（上記の他に追加で検査を希望される場合は下記に記入ください）

胃部X線検査（13,000円）	名
腹部超音波検査（6,000円）	名
B型・C型肝炎検査（3,900円）【HBs抗原・HCV抗体】	名
眼底検査（2,500円）	名
その他 [ _____ ]	名

■ 健康診断問診票をご記入の上、当日持参下さい。

■ 受診者日程名簿（別紙）をご記入の上、この申込書に添付して下さい。

■ 再検査（精密検査）が生じた場合の費用負担（下記に○印をお付け下さい）

1. 会社が全額負担する ⇒ [ A：再検査は同項目のみ    B：関連項目の検査も可 ]

↳ ※超音波検査やCTなど高額な検査もあります

2. 個人が保険診療（外来扱い）で負担する ⇒ 健康保険証利用で医療費の3割負担となります

* 健診受付時間 *	
平日	9:00～11:00 14:00～15:30
土曜	9:00～11:00

医療法人 千代田診療所  
 社団寿会  
 東京都千代田区神田錦町 1-9  
 〒101-0054 TEL 03-3291-0375  
 FAX 03-3291-7086

■健康診断受診者日程名簿

会社名

受診日	保険証番号	フリガナ 健康保険被保険者証の氏名	年齢	性別	生年月日	健診内容
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ
月 日 ( ) AM・PM			歳	男 女	昭和 平成 年 月 日	雇入れ