

令和6年度 健康診査申込書(巡回健診)

令和6年4月17日(水)必着

※施設健診をご利用の場合は「組合補助申請書(施設健診)」をご提出ください。

事業所記号	担当者名
所在地	
事業所名	
電話番号	
FAX番号	

		35歳未満 (若年者生活習慣病予防健診)	35歳以上 (生活習慣病予防健診)	計
受診者数	男性	人	人	人
	女性	人	人	人
	計	人	人	人

レントゲン車の駐車場の有無	有・無	心電図等を実施する部屋の有無	有・無
---------------	-----	----------------	-----

※健診車を路上に駐車する場合は、必ず所轄の警察署の道路使用許可を受けてください。

ご希望の健診機関等について、該当するものに○をしてください。

<input type="checkbox"/>	神田キリスト教診療所	<input type="checkbox"/>	新宿追分クリニック	<input type="checkbox"/>	北品川クリニック
<input type="checkbox"/>	カスガメディカルクリニック	<input type="checkbox"/>	神奈川県労働衛生福祉協会	<input type="checkbox"/>	宇都宮記念病院総合健診センター

その他(コード及び健診機関名)

コード	健診機関名
-----	-------

その他の場合は、コード及び健診機関名をご記入ください。

●オプション検査(ご希望の場合は、健診機関へお問い合わせのうえご記入ください。)

検査名	受診者数	その他
		特殊健診個人票の有無(有・無)
		溶剤名()

●その他(連絡事項、健診希望日等)

--

【注意事項】

※本社の他に工場・営業所・支店等が他の地域にある場合は、それぞれに申込書をご提出ください。

※組合補助が受けられる健診は年度内に1回です。(令和6年4月1日～令和7年3月31日)

※健診機関により、別途「組合補助申請書」での申込みが必要となる場合があります。

※人間ドックや婦人生活習慣病予防健診を希望する場合は、別途申請が必要となります。