

労働安全衛生法申込書（事業所）

※太枠部分を入力してください。

申込日：令和 年 月 日

1. 事業所情報をご記入下さい。

事業所名			ご担当者名			電話番号			FAX番号		
住所	〒					協会けんぽ支部名	支部	保険証記号			
資料送付先	事業所・店舗・自宅	本人用結果送付先	事業所・店舗・自宅	会社様用結果控え		必要	不要	お支払い方法		会社請求・窓口支払	

2. ご希望の健康診断をご確認ください。

健康診断	コースナンバー	健康診断項目	料金（税込）
第43条	C1	雇用時健診	¥8,250
第44条	C2	定期健康診断A	¥4,400
	C3	定期健康診断B	¥8,250
深夜業務従事者健康診断	C4	深夜業健診A	¥3,850
	C5	深夜業健診B	¥7,150
	C6	深夜業健診C	¥7,560

3. オプション検査をご確認ください。

オプション検査	料金（税込）
乳がん検診（マンモグラフィー）	¥4,400
子宮頸部細胞診	¥3,300
骨密度検査	¥1,100
ピロリ菌検査	¥2,640
腫瘍マーカーセット	¥5,280

※別紙オプション検査申込書をご利用ください。

4. 受診者様情報・希望日・コースナンバー・胃部検査・オプション検査をご記入ください。

保険証番号 ID(記入不要)	ふりがな お名前	性別	生年月日	第1希望	第2希望	コース ナンバー	備考
		男・女	S・H 年 月 日	月 日() am11:00・pm16:30	月 日() am11:00・pm16:30		
		男・女	S・H 年 月 日	月 日() am11:00・pm16:30	月 日() am11:00・pm16:30		
		男・女	S・H 年 月 日	月 日() am11:00・pm16:30	月 日() am11:00・pm16:30		
		男・女	S・H 年 月 日	月 日() am11:00・pm16:30	月 日() am11:00・pm16:30		
		男・女	S・H 年 月 日	月 日() am11:00・pm16:30	月 日() am11:00・pm16:30		