

定期健康診断申込書

※ 労働安全衛生規則で定められた健診(健診料金は税込みです)

検査項目	健診コース	定健A	定健B		定健A	定健B
	料金	¥9,720	¥4,320			
既往歴および業務歴の調査		●	●	貧血検査(赤血球数・血色素量)	●	
自覚症状の有無		●	●	肝機能検査	●	
身長・体重測定		●	●	GOT・GPT・γ-GTP		
腹囲測定		●		血中脂質検査・中性脂肪	●	
視力・聴力・血圧		●	●	LDL-コレステロール・HDL-コレステロール		
尿検査(尿糖・尿蛋白)		●	●	空腹時血糖	●	
胸部レントゲン		●	●	心電図検査	●	

保険証の記号			事業所名	
--------	--	--	------	--

事業所所在地	〒			
--------	---	--	--	--

TEL		ご担当者	
-----	--	------	--

送付先住所(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所 営業所等の名称	〒			
------------------	---	--	--	--

TEL		ご担当者	
-----	--	------	--

保険証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	健診コース		健診予約済年月日
	氏名				A	B	
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日
			男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日