

紫波町商工会健康診断申込書

紫波町商工会 行 (FAX 672-2316)

| | | | | |
|---|---|--|--------|--------|
| 所在地 | 〒 _____ | | | |
| 事業所名 | _____ | | | |
| 代表者名 | _____ | | | |
| 電話/FAX | (電話) _____ | (FAX) _____ | | |
| ご連絡担当者 | (職・氏名) _____ | | | |
| 希望する健診の種類 <small>対象健診に○印をお願いします</small> | 1 協会けんぽ生活習慣病予防健診 対象者 35歳以上の協会けんぽ加入者 7,038 円 (税込) | 2 定期健診 対象者 どなたでも受診できます 8,942 円 (税込) | | |
| 7/26 (木) | 午前のみ | 午前 | 午後 | どちらでも可 |
| 受診予定人数 <small>ご希望の欄に人数をご記入願います</small> | _____名 | _____名 | _____名 | _____名 |
| 他オプション希望 ①大腸がん検査 _____名 ②前立腺がん検査 _____名 ③胃部X線撮影 _____名 ※胃部X線撮影を希望する場合は、午前中となります。 | | | | |
| 通 信 欄 | | | | |
| ※申込上の注意 「①協会けんぽ健診」をご希望の方は全国健康保険協会より送付されている「生活習慣病予防健診申込書」をあわせて商工会に提出願います。(とりまとめて商工会から発送しますので、全国健康保険協会に送らないようお願いします。)また、生活習慣病予防健診申込書の「健診予約済年月日」は空欄のまま、「健診機関名」には岩手県予防医学協会とご記入願います。 | | | | |

商工会処理欄

| | | |
|-----|-------|----|
| 受付日 | 名簿確認日 | 備考 |
| | | |

紫波町商工会健康診断受診者名簿

紫波町商工会 行 (FAX 672-2316)

※用紙が不足の場合はコピー願います。

事業所名

| NO | (フリガナ) 氏名 | 性別 | 生年月日 | 加入保険 (加入保険に○印を) | | 健診の種類 (ご希望の種類に○印を) | | オプション検査 (ご希望の際は○印を) | | | 受診希望日 (希望の時間帯に○印を) | | |
|----|--------------|----|--------------|--------------------|-----------|-----------------------|------|------------------------|-------------|------------|-----------------------|----|-------|
| | | | | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 1 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 2 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 3 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 4 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 5 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 6 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 7 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 8 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 9 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |
| 10 | () | 男 | 昭・平 年 月 日 | 協会けんぽ | 国保 その他 | 協会けんぽ 健診 | 定期健診 | 大腸がん 検査 | 前立腺がん 検査 | 胃部X線 撮影 | 午前 | 午後 | どちらでも |

※本名簿にご記入いただいた個人情報、健康診断の実施に関する目的にのみ使用いたします。

※協会けんぽ健診の方・定期健診で胃部X線撮影をご希望の方は、午前のみの実施となります。

健康診断結果一覧表作成申込書

平成30年 月 日

公益財団法人岩手県予防医学協会 殿

従業員の健康指導及び事後管理のため下記資料の作成について申し込みます。

| | |
|---|--|
| 事業場名 | |
| 代表者名 | 印 |
| 対象健診名 | 平成30年度全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診 |
| 作成資料 | 必要な作成方法を○で囲んでください。 ① 結果一覧表・集計表 2. 健診データ作成（FD、CD、USB）を希望の場合は、 有料（10,800円・税込）となります。 |
| <p>上記資料の取り扱いについては、次の事項を遵守するものとし、事故が発生した場合は申請団体の責任において処理するものとする。</p> <p>なお、依頼にあたっては事前に受診者の承諾を得るものとする。</p> <p>(1) 従業員の健康指導並びに事後管理以外の使用禁止</p> <p>(2) 資料の紛失、漏洩の防止</p> <p>(3) その他の事故防止</p> | |