

定期健康診断申込書(鑑) 事業所様用

事業所住所 ※健診材料が送付される住所です
〒 _____ TEL _____
_____ FAX _____
事業所名 _____
_____ ご担当 _____ 様



送付先が複数の場合、矢印に『✓』をご記入ください。例
送付先が3か所以上の時は、ご面倒でも詳細を別紙作成の上添付くださいますようお願い申し上げます。

住所 〒 _____ TEL _____
_____ 宛名 _____
_____ ご担当 _____ 様

希望月日	日間	
ご希望の受付時間帯に○印をつけてください		
8:30~9:00	9:00~9:30	9:30~10:00

※ 子宮がん・乳がん検診は午後からの受診となります
受付時間は12:30~13:30迄になります

※労働安全衛生法に基づく健康診断

健診コース	申込人員	対象者区分(年齢等)
Aコース		
+ 結核(デジタル)	人	
Cコース		
+ 結核(デジタル)	人	

〔がん検診・追加検査等〕

検査項目	人数
結核健診 (デジタル)	人
肺がん検診(デジタル)	人
喀痰検査 (肺がん検診受診時のみ可能)	人
胃がん検診	人
大腸がん検診	人
前立腺がん検診	人
子宮頸がん検診	人
乳がん検診(40歳以上) マンモグラフィ	人
骨密度測定	人
腹部超音波	人
眼底検査(両眼)	人
腸内細菌 検査結果通知書 (有・無)	人

○印をつけてください

個人用結果オプション	封筒詰めをし事業所へ発送 (1人108円)	各個人様の自宅へ発送 (1人367円)	封筒詰めをせず事業所へ発送 (無料)
XMLデータ (厚労省指定の電子的標準形式)	希望する (1件108円)	40才以上 全員分	希望しない
お支払方法	当日払い	後日振込	

〔血液検査追加項目〕希望の項目に○印をつけてください

申込人員	対象者区分(年齢等)
Cコースと同じ項目	
赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・ 白血球数・T-Chol・中性脂肪・HDL LDL・AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ-GTP・血糖 HbA1c・PLT・BUN・CRE・UA・ AMY・ALP・LDH・ZTT・T-Bil・ TP・ALB・HBs抗原・HBs抗体・HCV Cコース以外で血液検査を追加する場合は 別途採血・判断料¥475が加算されます。	

備考 (その他の追加項目等)

≪お申込み・お問い合わせ先≫ 青森市住民健診同日受診(有・無)
公益財団法人 青森県総合健診センター センター健診課
 〒030-0962 TEL 017-741-2336
 青森県青森市佃2丁目19-12 FAX 017-741-2386

※健診等に関わる個人情報について、疫学予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承願います。

定期健康診断申込名簿

★太枠内をご記入ください。

事業所名：								
保険者名称		注) XMLデータご希望の際は保険者名称、保険者番号、 保険証の記号、番号が必須となります。						
保険者番号								
保険証の記号								
健診日	保険証番号	フリガナ・氏名	生年月日	年齢	健診コース			追加項目等
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 性別 男 女	A	C	その他	