

長浜商工会議所 健康診断受診申込書

2026年度 健診実施日				
4月21日	6月2日	6月16日	8月18日	8月25日
10月13日	10月20日	12月15日	2月16日	

宛先：(一財)近畿健康管理センター(担当 岩田) 申込日：西暦 年 月 日

TEL : 077-551-0500 FAX : 077-551-0650

【お申込者】 事業所名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 所在地 〒 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_ 結果返却方法 WEB or 紙

※紙結果の場合、1名様につき330円(内税)いただきます。(協会けんぽ一般健診受診の方は0円となります。)

	受診者氏名	性別	生年月日	受診項目 (□に✓を記入ください)	受診日
1	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
2	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
3	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
4	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
5	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
6	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
7	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
8	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
9	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
10	フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	

\*協会けんぽ一般健診を希望の方のみ、保険者番号、健康保険証の記号・番号をご記入ください。

\*受付時間については、後日ご連絡申し上げます。申込み人数・受診項目により、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

申込締切日: 健診日1カ月前まで