



健診申込書

渉外部計画課 予約係行

FAXでお申込みください FAX : 092-526-1039

※太線の枠内のみご記入ください

FAX送信日: 年 月 日

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 ()	
フリガナ		担当者名
事業所名 (正式名称)		
所在地	〒 — TEL () —	
携帯電話	※日中ご連絡の取れる連絡先をご記入下さい。	

※ご希望の受付時間をお選びください。・AM1 8:00~9:00 ・AM2 9:00~10:00 ・AM3 10:00~10:30 ・PM 13:00~15:30

1	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:	
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —				
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:			

2	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:	
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —				
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:			

3	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:	
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —				
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:			

ご希望の健診内容	①総合健診(日帰り人間ドック) ②協会けんぽ生活習慣病予防健診 ③労働安全衛生法(Bコース・BBコース)	④雇入れ時健診 ⑤健保指定健診 () ⑥その他 ()	⑦特定健診
福岡市民の方	・よかドック ・胃がん(胃カメラ・バリウム) ・大腸がん ・子宮頸がん ・乳がん		
オプション検査	・胃カメラ(経口・経鼻) ・頭部MRI ・胸部CT ・腹部CT ・内臓脂肪CT ・頭部CT ・便潜血 ・子宮頸がん ・乳がん(マンモ) ・乳がん(エコー) ・骨密度 ・B-OPTION() ・その他()		

労衛研記入欄	請求	〒 —	窓口支払 会社請求	① 受領連絡	② 予約登録	③ 予約チェック	④ 発送
	結果	〒 —	ご自宅 事業所	/	/	/	/

※ご希望の受付時間をお選びください。 ・AM1 8:00～9:00 ・AM2 9:00～10:00 ・AM3 10:00～10:30 ・PM 13:00～15:30

1	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし	
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
2	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし	
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
3	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし	
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
4	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし	
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
5	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生	あり・なし	
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				

6	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生		あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
7	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生		あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
8	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生		あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
9	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生		あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				
10	ご希望日	第一希望:	時間:	第二希望:	時間:		
	フリガナ		性別	生年月日	年齢	労衛研での受診	
	お名前		男・女	昭・平	年 月 日生		あり・なし
	ご住所	〒 — TEL () —					
	本人家族区分 保険証記号・番号	本人 家族 —	健診内容:				