

2026年度 健康診断申込書

ダウンロードver

事業所名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
ご担当者	様	受診人数	合計 名

お申し込みはFAXで
お願いいたします。
FAX
055-981-2778
健康診断受診者一覧も
一緒にご送付ください

健診 実施期間	月頃	1日の最大 実施人数	1日	人	除外する曜日が あればご記入ください
------------	----	---------------	----	---	-----------------------

希望する健診コースと胃部検査を受ける人数（内訳）をご記入ください ※健診コースについての詳細は別紙をご覧ください。

対象	コース	合計人数	胃カメラ			バリウム	胃部検査 なし	その他 健診	じん肺 健診	アスベスト 健診	有機溶剤	電離放射線
			経鼻	経口	細径管							
その他 健保など	深夜業	胃部検査は追加できません										
	Bコース	オ プ シ ョ ン										
	Cコース											
	Dコース											
協会 けんぽ	一般健診 ・ 若年健診											
	節目健診 ・ 節目同内容											

項目名	人数	備考 / 追加条件等
オプション検査		

問診票・検査容器 送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> その他 { }
健康診断結果報告書	<input checked="" type="checkbox"/> 本人用 → ご自宅へ郵送いたします。
会社控え	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → 健康診断結果報告書【控】依頼書のご提出をお願いします
個人オプション	<input type="checkbox"/> 個人精算 <input type="checkbox"/> 事業所精算（下記の支払い方法に準ずる）
【9名様以下】 支払方法	※窓口精算となりますので、領収書についてお答えください <input type="checkbox"/> 領収書不要 <input type="checkbox"/> 領収書必要 → <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 上記事業所名 <input type="checkbox"/> 他 { }
【10名様以上】 請求・支払方法	<input type="checkbox"/> 後日請求 → 月末締め翌月10日までに発行となります。 請求書郵送先 → <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 他 { } 支払い方法 → <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 後日窓口支払

病院 記入欄	受領	仮予約	予約	発送	企業コード
	日付	日付	日付	日付	