**健康診断申込表**

事業所記号

事業所名

事業主名

健康診断実施要綱に同意し、申し込みます。

※必要事項が記載されていれば、この用紙に変えて独自の様式やデータでの申し込みも可能です。支店がある場合は**支店ごと**にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者**  **番　号** | **氏　　　名** | **生年月日**  (被保険者番号の記入があれば省略可) | **支店名**  (支店がない場合は空欄) | **定期健診**  受けない方は**×** | **オプション**  35歳以上の希望者のみ〇 | | | **有機溶剤検診**  希望者のみ〇 | | **備　考** |
| **胃検診**  (バリウム) | **腹部エコー**  **検診** | **大腸がん**  **検診**  （便潜血） | **トルエン**  **キシレン**  **エチルベンゼン** | **その他追加**  **(　　　　 　)** |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |

　送付先：〒406-0034　笛吹市石和町唐柏1000-7　山梨県自動車販売整備健康保険組合　TEL：055-263-1651　FAX ：055-263-1652