

健康診断受診申込書

東近江市商工会

FAX : 0749-45-5088

Mail : higashiomi-shoko@e-omi.ne.jp

LINE : 右記QRコードを読み取り下さい。→ HPやLINEへファイルまたは画像を送信してお申込みいただけます。



事業者名	
保険者番号	

住所	
代表者名	
担当者名	
電話番号	— —
FAX番号	

記入方法：  
氏名(フリガナ)、保険者記号・番号、性別、生年月日、受診会場、申し込み項目①～⑩に○印をご記入ください。

合計人数	人	¥
------	---	---

※1 定期健診の料金は受診人数により異なります

NO.	フリガナ 受診者氏名 被保険者記号・番号(協会けんぽ受診の場合)	性別 (男・女)	生年月日 (和暦 S・H)	受診 会場	番号	①				②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	受診票言語※2
					検査 項目	定期健診※1				協会けんぽ一般 健診	大腸がん検査	胃部検診	C型肝炎検査	前立腺 がん検査	追加血液検査	じん肺 健康診断	有機溶剤 健康診断	有機溶剤 トルエン	有機溶剤 キシレン	
					ア～ オ※3	人数	1~5	6~10	11~15	16~	料金	5,282	1,650	4,950	1,870	1,980	880	1,100	1,210	
1	氏名: _____ 記号: _____ 番号: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日																	
2	氏名: _____ 記号: _____ 番号: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日																	
3	氏名: _____ 記号: _____ 番号: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日																	
4	氏名: _____ 記号: _____ 番号: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日																	
5	氏名: _____ 記号: _____ 番号: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日																	

\*お手数ですが5名以上の場合、受診人数に応じてシートを印刷してご記入ください。

※2 日本語以外の受診票が必要な方は「受診票言語」欄に希望言語をご記入ください。  
(対応言語: 英語・ポルトガル語・中国語・スペイン語・インドネシア語・タガログ語・ベトナム語)

※3 受診会場 ア:永源寺コミセン イ:蒲生コミセン ウ:五個荘コミセン エ:愛東コミセン オ:湖東コミセン別館

※4 診断料金は、税込金額です。

健康保険証の記載事項



株式会社〇〇〇〇		
99999999		
合計人数	1人	¥7,262

住所	〇〇市〇〇町9-99-99
代表者名	協会 ー
担当者名	協会 太郎
電話番号	123-456-789
FAX番号	123-456-788

目①～⑩に〇印をご記入ください。

(例)

※1 定期健診の料金は受診人数により異なります

No	フリガナ 受診者氏名 被保険者記号・番号(協会けんぽ受診の場合)	性別	生年月日(和暦 S・H)	受診会場 検査項目	※1 定期健診の料金は受診人数により異なります																
					① 定期健診 ※1				② 協会けんぽ一般健診	③ 大腸がん検査	④ 胃部検診	⑤ C型肝炎検査	⑥ 前立腺がん検査	⑦ 追加血液検査	⑧ じん肺健康診断	⑨ 有機溶剤健康診断	⑩ 有機溶剤トルエン	⑪ 有機溶剤キシレン	⑫ 受診票言語※2		
					人数	1~5	6~10	11~15	16~	5,282	1,650	4,950	1,870	1,980	880	1,100	1,210	3,300	3,300		
フリガ	キョウカイ タロウ																				
氏名	協会 太郎	男	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H 4年 1月 1日	ア						○										英語	
記号	21700023 番号 1																				
フリガ																					
氏名			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日																		
記号																					
フリガ																					
氏名			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日																		
記号																					
フリガ																					
氏名			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日																		
記号																					

**記入見本**

記入の順番は協会けんぽ一般健診を受けられる方からご記入ください。  
また、請求については協会けんぽ受診者から人数計算いたします。

申込例 : 13人受診		
人数内訳 : 5人が協会けんぽ一般健診 8人が定期健診		
協会けんぽ	定期健診	
5人	5人	3人
¥5,282	¥5,630	¥6,130

\*お手数ですが5名以上の場合、受診人数に応じてシートを印刷してご記入ください

※2 日本語以外の受診票が必要な方は「受診票言語」欄に希望言語をご記入ください。

※3 受診会場 ア:永源寺コミセン イ:蒲生コミセン ウ:五個荘コミセン エ:愛東コミセン オ:湖東コミセン別館

(対応言語: 英語・ポルトガル語・中国語・スペイン語・インドネシア語・タガログ語・ベトナム語)

※4 診断料金は、税込金額です。