

健康診断 申込書

太枠内をご記入の上、FAXにて送信していただくか、お電話にてお申込みください。
ご不明な点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

公益財団法人 北海道労働保健管理協会 業務部 渉外課
〒003-0024 札幌市白石区本郷通3丁目南2番13号
FAX(011)862-5169 電話(011)862-5131

※太枠内をご記入ください。

《 申込日： 月 日 》

フリガナ	性別	生年月日	年齢
ご氏名	男・女	昭和 年 月 日	歳
ご住所 (ご自宅) ※省略せずにご記入ください。	〒 ー 郡・市	電話 () ー 携帯 () ー	
ご希望地区	ご希望地区： _____ ※6月から3月までの期間で複数回実施予定です。		
健康診断	ご希望の健診内容の () に○印をご記入ください。 () 特定健康診査 () 生活習慣病予防健診 () 特定健診プラス		
オプション検査	ご希望されるオプション検査の () に○印をご記入ください。 () ①PSA(男性のみ) () ②CA125(女性のみ) () ③CEA () ④CA19-9 () ⑤AFP () ⑥甲状腺検査 () ⑦心臓検査 (BNP)		
健康保険証の内容	ご加入の健康保険組合等の名称：		健康保険組合・共済組合
	記号：	番号：	

健診機関使用欄

保険者番号：

有効期限：

自己負担額または負担率（基本部分）

契約取りまとめ機関：