

政府管掌健康保険 生活習慣病予防健診申込書

健診当日に資格消失されている方は、受診不可、もしくは実費精算になります。
ご注意ください。

※胃部検査については特別な理由がない限り、受診必須となります。

**※胃カメラ検査をご変更・キャンセルの場合、次回のご予約は
バリウムになる場合がありますので、ご了承お願い致します。**

※健康保険被保険者証の保険者番号(必須)	※健康保険被保険者証の記号(必須)

[事業所所在地] 〒
[事業所名称]
[電話番号]
[FAX番号]
[ご担当者名]

医療法人社団石鐘会

京都田辺中央病院 健康管理センター



TEL 0774(63)1116

FAX 0774(63)2803

担当者:
団体コード:

	※健康保険証 番号(必須)	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診の種類	胃部検査		乳・子がん検診		オプション 備考欄	第1希望	第2希望	第3希望
						カメラ	胃透視	乳がん	子がん				
①			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
②			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
③			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
④			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
⑤			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
⑥			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM
⑦			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般 付加 健診 健診	経口 ・ 経鼻		1R 2R エコー			月 日 AM / PM	月 日 AM / PM	月 日 AM / PM

健康管理センター使用欄		
決定日	時間	備考欄
/	:	
/	:	
/	:	
/	:	
/	:	
/	:	
/	:	

⑧ ご注意書送付先	会社・自宅
⑨ 結果送付先	会社・自宅 ※ 健診結果の控えが必要な場合は、必ず事前にお申し出下さい。 控え→ 要・不要 依頼書必要
⑩ ご請求先	※当日窓口でのご本人負担がある場合は、詳細を明記して下さい。 会社・当日窓口支払い

胃内視鏡検査ご希望の場合は
経口3,300円(税込)・経鼻4,400円(税込)
別添費用を申し受けます。予めご了承下さい。
また30,600円の追加で人間ドックへの
コース変更も可能です。

健診日連絡	/
PC入力	/
注意書送付	/
予定者名簿確認	/

令和 年 月 日

医療法人社団 石鎚会
京都田辺中央病院 宛

生活習慣病予防健診結果表送付依頼について

当社では、生活習慣病予防健診及び定期健康診断を労働安全衛生法に定める健康診断として活用しており、健康診断個人票作成に結果表が必要です。

つきましては、結果表の送付をお願い致します。

尚、この件に関して、受診者本人の同意を得ており、個人のプライバシーについて秘密を厳守するとともに、送付頂いたデータ及び結果表は、次に示す使用目的の範囲に限るものと致します。

(使用目的の範囲)

1. 労働安全衛生法第 66 条 3、労働安全衛生規則第 51 条、第 52 条により事業者が負っている健康診断結果記録の作成及び保存、労働基準監督署への報告のため。
2. 労働安全衛生法及びその他関連法令に定められた事業者義務事項のため。
3. 就労する作業現場の安全・衛生管理上の必要により提出のため。

御住所 _____

企業名 _____

代表者名 _____ 印