

# 定期健康診断申込書

神奈川運輸業健康保険組合 保健センター

TEL 045-441-3278

↓ 太枠内を記入してください。

|                   |          |             |    |   |
|-------------------|----------|-------------|----|---|
| 会社名<br>及び<br>営業所名 |          |             |    |   |
| 保険証等              | 記号       |             | 番号 |   |
| 生年月日              | 昭和<br>平成 | 年 月 日 ( 歳 ) |    |   |
| ふりがな              |          |             |    | 男 |
| 氏名                |          |             |    |   |
| 健診年月日             | 年 月 日    |             |    |   |

利用される場合は、必ず前日までに予約をしてください。  
健康診断個人票をご持参いただき、保険証等の記号と番号は  
必ず記入してください。

|                          |                             |       |
|--------------------------|-----------------------------|-------|
| 健診の種類 (○で囲む)             |                             |       |
| (35才及び40才以上)<br>それ以外の希望者 | (20才・25才・30才)<br>及びC健診者も選択可 | (その他) |
| A                        | B                           | C     |
| オプション検査 (A健診のみ)          |                             |       |
| Fセット                     |                             |       |
| 男性マーカー 3 種 (PSA)         |                             |       |
| 女性マーカー3種 (CA125)         |                             |       |
| オプション検査 (全健診対象)          |                             |       |
| 有機溶剤                     | 2 種                         |       |
| 有機溶剤                     | 3 種                         |       |
| その他                      |                             |       |
| 他健保の方 (国保等) ※            |                             |       |
| 用紙代                      |                             |       |
| 容器代 (再送分)                |                             |       |

※事業所のアルバイトの方等で、当健保以外の保健証等をお持ちの方は、  
上記の健診料に診断料として+1,000円徴収いたします。

----- ここから切り取り、1人1枚ご提出ください -----

# 定期健康診断申込書

神奈川運輸業健康保険組合 保健センター

TEL 045-441-3278

↓ 太枠内を記入してください。

|                   |          |             |    |   |
|-------------------|----------|-------------|----|---|
| 会社名<br>及び<br>営業所名 |          |             |    |   |
| 保険証等              | 記号       |             | 番号 |   |
| 生年月日              | 昭和<br>平成 | 年 月 日 ( 歳 ) |    |   |
| ふりがな              |          |             |    | 男 |
| 氏名                |          |             |    |   |
| 健診年月日             | 年 月 日    |             |    |   |

利用される場合は、必ず前日までに予約をしてください。  
健康診断個人票をご持参いただき、保険証等の記号と番号は  
必ず記入してください。

|                          |                             |       |
|--------------------------|-----------------------------|-------|
| 健診の種類 (○で囲む)             |                             |       |
| (35才及び40才以上)<br>それ以外の希望者 | (20才・25才・30才)<br>及びC健診者も選択可 | (その他) |
| A                        | B                           | C     |
| オプション検査 (A健診のみ)          |                             |       |
| Fセット                     |                             |       |
| 男性マーカー 3 種 (PSA)         |                             |       |
| 女性マーカー3種 (CA125)         |                             |       |
| オプション検査 (全健診対象)          |                             |       |
| 有機溶剤                     | 2 種                         |       |
| 有機溶剤                     | 3 種                         |       |
| その他                      |                             |       |
| 他健保の方 (国保等) ※            |                             |       |
| 用紙代                      |                             |       |
| 容器代 (再送分)                |                             |       |

※事業所のアルバイトの方等で、当健保以外の保健証等をお持ちの方は、  
上記の健診料に診断料として+1,000円徴収いたします。