

平成29年度健康診断申込書

(平成29年4月1日～平成30年3月31日実施分)

◎ 下記事項にご記入の上、FAX (0294-26-0323) または郵送にてご返送ください。

送付先・お問い合わせ

〒317-0073 茨城県日立市幸町1-17-1
TEL 0294-33-5911 FAX 0294-26-0323
(公財)日立メディカルセンター 業務企画課 行

※FAXをご利用の際は、番号をお間違えないようお願いいたします。

貴事業所名	
〒 _____ - _____	
貴事業所所在地	
健康診断担当者名 : _____	産業医師名 : _____
TEL : () _____	FAX : () _____
Eメール : _____ @ _____	
加入健康保険組合(貴事業所のご加入している健康保険組合を、番号を○で囲んでお知らせください。)	
① 全国健康保険協会(協会けんぽ)	
② (_____) 健康保険組合・共済組合	
③ その他 (_____)	

ご希望の健康診断に人数、希望月、希望会場をご記入下さい。

健康診断の種類	対象人数	希望月	希望会場
定期健康診断 (労働安全衛生法規則第44条)	1. 40歳未満(35歳を除く)	人 月	1. 日立メディカルセンター 2. 貴事業所(巡回)※
	2. 35歳及び40歳以上	人 月	
生活習慣病健診	貴事業所指定項目による	人 月	3. その他 (_____) →「3. その他」をご希望の場合 昨年(前回)の実施会場
特殊健康診断	項目名 (_____)	人 月	
	項目名 (_____)	人 月	

※貴事業所(巡回)を希望されても、健診会場の有無、人員、希望月によっては、実施が難しい場合がありますのでご了承下さい。

その他ご意見等ございましたらご記入ください。

◎協会けんぽの生活習慣病予防健診のお申し込みは別紙2「平成29年度協会けんぽ生活習慣病予防健診申込書(健診機関用)をご使用ください。

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただきました個人情報については、法令等を遵守し正確かつ安全に取り扱います。