

健康診断申込書【個人用】

※この用紙をプリントしてご利用ください

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会
 〒948-0057 新潟県十日町市春日113
 TEL 025-752-6196 業務4課(十日町検診センター)

▼お申込者様 ※印の項目は必ずご記入ください

フリガナ				お申込日	年	月	日
個人名 ※				生年月日	T・S・H	年	月 日
フリガナ							
勤務先 ※							
ご住所 ※	〒			E-mail			
TEL ※				FAX			

▼診断内容 該当項目にシをお付けください

ご加入の健康保険組合	<input type="checkbox"/> ①協会けんぽ(全国健康保険協会) <input type="checkbox"/> ②健康保険組合⇒組合名称() <input type="checkbox"/> ③国民健康保険 <input type="checkbox"/> ④共済組合 ⇒組合名称() <input type="checkbox"/> ⑤その他()							
健診項目	① 当会メニュー項目で実施【別紙料金表を参照ください】 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> オプション検査() ② 御社指定の項目で実施【指定項目を申込書と一緒に送ってください】 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> その他()							
希望受診会場	<input type="checkbox"/> 小出検診センター <input type="checkbox"/> 他センター() <input type="checkbox"/> 十日町検診センター							
希望日	●第一希望 年 月 日 ~ 年 月 日 ●第二希望 年 月 日 ~ 年 月 日 ※資料送付等ありますので 最低3週間先 をご指定ください。 ※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。							
結果発送先	通常は、約3週間後、上記住所に事業所用結果と個人用結果を一括送付いたします。 送付先が、上記と違う場合のみ、ご記入ください。							
	①受診者宛	住所:〒					担当者名:()	TEL:()
	②会社宛	住所:〒					担当者名:()	TEL:()
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払い <input type="checkbox"/> 後日支払い 通常は、受診された翌月25日頃、上記住所に請求書を送付いたします。							

▼備考 ご意見・ご要望・質問事項などございましたらご記入ください

※健康診断の日程・会場等決定次第ご連絡いたしますが、ご不明な点等ございましたら上記連絡先までご連絡ください。

※この申込書・名簿は**予約日確定書ではございません**のでご了承ください。

ご記入いただいた個人情報は、健康診断サービスの提供及びお客様への情報提供に利用し、第三者には提供いたしません。また、個人情報の取扱いを、外部に委託しません。記入頂けない項目がある場合は、健康診断サービスの提供ができない場合があります。個人情報の利用目的の通知及び開示、訂正、追加、削除、利用または提供の拒否をご希望の場合は、対応させていただきますので、下記個人情報お問い合わせ窓口までご連絡ください。
 個人情報お問い合わせ窓口：企画部ISO推進課(025-370-1090) 個人情報保護統括責任者：理事長