▲

ＦＡＸ送信先：025-757-4447

# 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**　該当項目にレをお付けください

| | | |
|---|---|---|
| ご加入の健康保険組合 | □ ①協会けんぽ（全国健康保険協会）　□ ②健康保険組合⇒組合名称（　） | |
| | □ ③国民健康保険　□ ④共済組合　⇒組合名称（　） | |
| | □ 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】 | |
| | □ Aコース　□ Cコース　□ 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】 | |
| | □ 協会けんぽ 生活習慣病予防健診　□ その他（　） | |
| 希望受診会場 | □ 小出検診センター　□ 他センター （　） | |
| | □ 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。<br>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：〒<br>担当者名：（　）TEL：（　） |
| | ②会社宛 | 住所：〒<br>担当者名：（　）TEL：（　） |
| 支払方法 | □　窓口支払い　□　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：人事部　025-267-1200(代表)　個人情報保護統括責任者 ： 理事長