

巡回健康診断申込書Ⅱ

令和 年 月 日

事業所名			
所在地	〒		
電話番号		ファックス番号	
E-mailアドレス	@		
担当者部課名		担当者氏名	
緊急連絡担当者 氏名・フリガナ 連絡先	フリガナ 氏名 連絡先TEL - - <small>※所見によっては緊急に医療機関の受診をお勧めする場合がありますので、事業団から緊急連絡をお伝えする際のご担当者をご記入ください。（ご記入なき場合には、上記担当者様を緊急連絡担当者としてさせていただきます）</small>		
健康保険加入先	1. 全国健康保険協会（協会けんぽ） 2. 健康保険組合 3. 国民健康保険組合 4. 共済組合 5. その他		
健診実施会場			
希望健診日 ※いずれかを○で囲って下さい。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 月 月上旬 中旬 下旬 曜日 午前 午後 どちらでも </div>			
定期健診の種類	予定数	年齢区分	新規個人票
定期健診（法定）	人		枚
簡易健診	人		
定期健診（法定プラス）	人		
雇い入れ時健診	人		
特定業務従事者	人		
特殊健診の種類	予定数	新規個人票	通信欄
	人	枚	
	人	枚	
	人	枚	
	人	枚	
	人	枚	
	人	枚	
	人	枚	
ストレスチェック	人		
健康診断結果報告	1 宅配		2 直接受け取り