

# 健康診断申込書

(企業・事業所健診用)

健診日程は、事前に☎でご予約ください。  
別紙『受診者名簿』と併せてご送信ください。

## 1. 申込団体様の情報をご記入ください。

※問診票、検査キット、健診結果、請求書を送付致します。詳しくご記入ください。

		お申込日	令和	年	月	日
事業所名	フリガナ					
事業所所在地	〒 ー					
電話番号	( )	FAX番号	( )			
担当部署			担当者様名	フリガナ		

## 2. 健康保険証の種類(保険者名称等)をご記入ください。

保険者名称	保険者番号	保険証記号

## 3. ご希望の健診コースを○で囲み、お申込み人数をご記入ください。

定期	コース	A-1	A-2	A-3	B	C	D	その他
	料金(税込)	¥3,520	¥4,620	¥7,920	¥9,570	¥22,660	¥9,570	
申込人数	名	名	名	名	名	名	名	

  

職業病	コース	じん肺	電離X線	鉛	有機溶剤	特定化学物質	VDT	その他
	料金(税込)	¥3,190	¥4,400	¥8,800	¥2,200+溶剤別検査料	¥5,060		
申込人数	名	名	名	名	名	名	名	

※2024年度より、有機溶剤、特定化学物質の価格改定を行いました。  
※協会けんぽの一般健診、付加健診、乳がん検診、子宮頸がん検診(単独も含む)のお申込みは、協会けんぽの「生活習慣病予防健診対象者一覧」に必要事項を記入して、当院へのFAXを必ず行ってください。この用紙でお申込みされた場合、協会けんぽの制度は適用いたしません。全額自費の扱いとなりますのでご注意ください。

## 4. 健診料金のお支払い方法について。

基本的な支払方法は振込になります。  
窓口で支払いを希望される場合、事前にご相談ください。

※健診を受けた結果、要治療、要精密検査の指示がある場合は、保険診療となります。

\*\*\* お申込み・お問い合わせは \*\*\*

独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院 健康管理センター

TEL: 027-243-2212 FAX: 027-243-2150

☎受付時間 平日8:30~11:30/12:00~16:00 (土日祝日・年末年始はお休みです)