首都圏巡回健診・健保会館　申込総括書

☑ 巡回健診の実施を希望　　☐ 健保会館で受診

倉庫業健康保険組合

（下記全てご記入ください）　　（記入欄のうち選択肢のものはいずれかに☑チェックしてください）

記号	○○○					
事業所名	○○○○株式会社					
本・支店・営業所名（巡回先）	○○○営業所			本・支店・営業所所在地	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○1	
受診者数	本人	家族	部外者	合計	電話番号（巡回先）	○○（○○○○）○○○○
	○○ 人	○○ 人	○○ 人	○○ 人	現地担当者（巡回先）	○○　○○
巡回健診実施希望	（特に希望が無い場合は空欄のままご提出ください） 1．実施時期 ☐ 4月　☐ 5月　☑ 6月　☐ 7月　☐ 8月　☐ 9月　☐ その他　具体的に（　　） 2．実施時間 午前中希望 3．その他特記事項 株式会社○○の○○営業所と合同実施					
巡回健診実施場所	●事業場略図（目標を明確にご記入願います） ※別紙を添付していただいても構いません （別添地図参照）				●健診車の駐車スペース等について ※健診車のサイズ〔全長10m・幅2．5m・高さ3．8m〕 ① 駐車場 ☑ 有　☐ 無 ② 他の車の通行に支障あるか（路上駐車等） ☐ 有　☑ 無 ③ 駐停車禁止の指定 ☐ 有　☑ 無 ④ 駐車スペースから20m以内に電源があるか ☑ 有　☐ 無 ⑤ 心電図測定のための部屋（10坪程度）、ならびにその部屋に200V30Aの電源はあるか ☑ 有　☐ 無	
【備考】受診資料・健診結果・一部負担金請求書は原則本社に送付いたしますが、他の場所を希望する場合は下記にご記入ください。						

【ご注意】

●記入・提出方法

・ 巡回健診のお申し込みは、申込総括書・受診者名簿・部外者名簿それぞれ事業場（本・支店・営業所）毎にご記入ください。

・ 本紙「申込総括書」に別紙申込書様式①-2・3・4「受診者名簿」及び①-5「部外者名簿」を添付し、クリップで留めてご提出ください。

●巡回健診の実施について

・ 事業場の所在地・人数によっては、実施日や時間のご希望に添えない場合があります。

●健診結果等の取り扱いについて

・ 個人宛健診結果は、本人・家族の別に係わりなく東振協より事業所（本社）を通じてお配りします。

・ 健診結果に基づいた健康管理事業を実施するため、健診結果は組合でも所有します。

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診委託機関において使用することとします。

（受付日付印）

上記のように簡易生活習慣病健診を申し込みます

令和○○年○○月○○日

健保委員氏名　○○　○○

電話番号　○○（○○○○）○○○○

簡易生活習慣病健診（首都圏巡回健診・健保会館）受診者名簿　【一部負担額：3，000円】

記号	○○○		
事業所名	○○○○株式会社	本・支店・営業所名	○○○○営業所

【注意事項】
別紙健診申込書様式①-1「申込総括書」を先頭に、本紙名簿を添付してご提出ください。
●巡回健診のお申し込みは、事業場（本・支店・営業所）毎に名簿を作成してください。
●部外者（被保険者・被扶養者以外の者）のお申し込みは別紙健診申込書様式①-5「部外者名簿」にご記入ください。

	番号	フリガナ 受診者名	生年月日	性別	続柄	備考
1	○○○	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎	☑昭和 ☐平成 ○○年○○月○○日	☑男 ☐女	☑本人 ☐家族	
2			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
3			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
4			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
5			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
6			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
7			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
8			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
9			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
10			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
11			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
12			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
13			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
14			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	
15			☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	☐本人 ☐家族	

生活習慣病健診（首都圏巡回健診・健保会館）受診者名簿

【一部負担額：5，000円】

記号	○○○		
事業所名	○○○○株式会社	本・支店・営業所名	○○○○営業所

【注意事項】
●別紙健診申込書様式①-1「申込総括書」を先頭に、本紙名簿を添付してご提出ください。
●巡回健診のお申し込みは、事業場（本・支店・営業所）毎に名簿を作成してください。
※消化器(胃)の検査についてはいずれか一つに☑を入れてください

	番号	フリガナ 受診者名	生年月日	性別	続柄	消化器（胃）※	備考
1	○○○	ケンポ　イチロウ 健保　一郎	☑昭和 □平成 ○○年○○月○○日	☑男 □女	☑本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン ☑ABC検診 □受けない	
2	○○○	ケンポ　ジロウ 健保　二郎	☑昭和 □平成 ○○年○○月○○日	☑男 □女	☑本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 ☑受けない	
3			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
4			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
5			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
6			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
7			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
8			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
9			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
10			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
11			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
12			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
13			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
14			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	
15			□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	

女性生活習慣病健診（首都圏巡回健診・健保会館）受診者名簿

【一部負担額：6，500円】

記号	○○○		
事業所名	○○○○株式会社	本・支店・営業所名	○○○○営業所

【注意事項】
●別紙健診申込書様式①-1「申込総括書」を先頭に、本紙名簿を添付してご提出ください。
●巡回健診のお申し込みは、事業場（本・支店・営業所）毎に名簿を作成してください。
●子宮細胞診をキャンセルする場合は、備考欄にその旨ご記入ください
※消化器(胃)・乳房の検査についてはいずれか一つに☑を入れてください

	番号	フリガナ 受診者名	生年月日	性別	続柄	消化器（胃）※	乳房※	備考
1	○○○	ケンポ　ハナコ 健保　花子	☑昭和 □平成 ○○年○○月○○日	女	☑本人 □家族	□バリウム ☑ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	☑エコー □受けない	子宮キャンセル
2			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
3			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
4			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
5			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
6			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
7			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
8			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
9			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
10			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
11			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
12			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
13			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
14			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	
15			□昭和 □平成 年　月　日	女	□本人 □家族	□バリウム □ペプシノーゲン □ABC検診 □受けない	□エコー □受けない	

簡易生活習慣病健診（首都圏巡回健診・健保会館）部外者名簿

事業所名	○○○○株式会社
本・支店・営業所名	○○○営業所 （健保会館での申し込みの場合は未記入）

【注意事項】
- ●総括書を先頭に別紙様式①-2・3・4「受診者名簿」の最後に本紙「部外者名簿」を添付してご提出ください。
- ●巡回健診のお申し込みは、事業場（本・支店・営業所）毎に名簿を作成してください。
- ●部外者の健診料金は全額事業所負担となります。

㊟本紙に記入するのは部外者のみとし、被保険者・被扶養者は別紙様式①-2「受診者名簿」にご記入ください

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	健診料金	備考
ソウコ　ジロウ 倉庫　二郎	☐昭和 ☑平成 ○○年○○月○○日	☑男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	
	☐昭和 ☐平成 年　月　日	☐男 ☐女	7，460円 （税別）	

※健診料金には別途消費税が掛かります。