

簡易生活習慣病健診(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 健保会館での受診を希望

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	000	健診受診目的	<input checked="" type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 一般健診			
事業所名	〇〇〇〇株式会社					
本・支店・営業所名(巡回先)	〇〇〇営業所	本・支店・営業所所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1			
受診者数	本人	家族	部外者	合計	電話番号(巡回先)	000(000)0000
	〇〇人	〇〇人	〇〇人	〇〇人	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 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input checked="" type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 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△△の〇〇営業所と合同実施。					
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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ② 他の車の通行に支障あるか(路上駐車等) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③ 駐停車禁止の指定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ④ 駐車スペースから20m以内に電源があるか <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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「受診者名簿」及び①-4「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組合より事業所(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、組合及び健診機関において使用することとします。

上記のように簡易生活習慣病健診を申し込みます

平成22年 〇月〇〇日

健保委員氏名 〇〇 〇〇



電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

(受付日付印)