

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	○○○					
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 <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○○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①-3「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。

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 ○○○(○○○)○○○○

(受付日付印)

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

事業所名	〇〇〇〇株式会社
本・支店・ 営業所名	〇〇〇営業所 (健保会館での申し込みの場合は未記入)

【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①-3「部外者名簿」にご記入ください。

記号	番号	フリガナ	生年月日	性別	続柄	一部負担金	備考
		受診者名					
〇〇〇	〇〇	ケンポ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	3,000円	
		健保 太郎	〇〇年〇〇月〇〇日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 本人	3,000円	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族		

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	〇〇〇〇株式会社
本・支店・営業所名	〇〇〇営業所 (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「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。

③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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7,460円 (税別)	

※健診料金には別途消費税が掛かります。