

久地診療所 団体健診申込書

年度

申込日 西暦 年 月 日

フリガナ				ご担当者名
事業所名				
住所	〒 -			
T E L			F A X	
今回の健診申込人数		名	今年度の健診予定人数	名
問診票送付先			結果票送付先（1カ所）	
☐ 自宅 ☐ 事業所			☐ 自宅 ☐ 事業所（ 通） ※2通目以降は1部税別60円	
個人票（診断書）の有無 ※医師手書きの診断書（有料）	不要・必要		基本（持参・新規1年用・新規5年用） じん肺 有機溶剤（トルエン・キシレン・ ）	
個人票の受取方法	来院 ・ 郵送 （郵送代140円）		随時ご連絡・発送となります 【送付先】 〒 - ※個人票には2～3週間ほどお時間を頂きます	
お支払方法	基本健診 ※後日請求は5名様以上より	☐ 当日支払（本人・代表者： 様） 【領収書宛名： 】 ☐ 後日請求（月単位での請求になります）		
	オプション検査 該当がある場合は お支払いされる方に ○をしてください	◆ ご本人様支払 協会胃カメラ差額 ・ 乳がん検診 ・ 子宮がん検診 協会付加健診 ・ その他（ ） ◆ 事業所支払 協会胃カメラ差額 ・ 乳がん検診 ・ 子宮がん検診 協会付加健診 ・ その他（ ）		

受診者名簿

事業所名：

No,

名 前		性別	生年月日	住 所	電話番号	保険情報	健診希望日		健診項目	
							第2希望までご記入下さい		基本	オプション
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				
ID		男・女	S・H 年 月 日	〒 -		保険者番号	／	／		
カナ						記 号				
氏名						番号・枝番 ()				

年度

久地診療所 団体健診申込書

年度

記入例

申込日 西暦 年 月 日

フリガナ	クジシンリョウジョ		ご担当者名
事業所名	久地診療所		久地
住所	〒 213-0032 川崎市高津区久地4-19-8		✓を入れてください。 結果票はお一人につき 何通必要かをご記入下さい
TEL	044-811-7771	FAX	
今回の健診申込人数	3 名	今年度の健診予定人数	12 名
問診票送付先		結果票送付先（1カ所）	
☒ 自宅 ☐ 事業所		☐ 自宅 ☒ 事業所（1通） ※2通目以降は1部税別60円	
診断書が必要な場合は こちらのご記入を お願いします		基本（持参・新規1年用・新規5年用） じん肺 有機溶剤（トルエン・キシレン・ ）	
個人票の受取方法		来院 ・ 郵送 （郵送料120円）	
基本健診 ※後日請求は5名様以上より		随時ご連絡・発送となります 【送付先】 〒213-0032 川崎市高津区久地4-19-8 ※個人票には2～3週間ほどお時間を頂きます	
基本健診代のお支払方法に ☑を入れてください。 後日請求は5名様以上のみです		☐ 当日支払（本人・代表者： 様） 【領収書宛名： 】 ☒ 後日請求（月単位での請求になります）	
オプション検査 該当がある場合は		◆ ご本人様支払 協会胃カメラ差額 ・ 乳がん検診 ・ 子宮がん検診 協会付加健診 ・ その他（ ）	
オプション検査代 のお支払をされる方に ○をお願いします		◆ 事業所支払 協会胃カメラ差額 ・ 乳がん検診 ・ 子宮がん検診 協会付加健診 ・ その他（ ）	

久地診療所対応者記載欄

対応者：_____

前年度健診利用	あり・なし	組合加入登録住所	☐ 本人自宅
組合加入	必要・不要		☐ 事業所
健診項目	協会（UGI・GF・胃なし）・いきいきA・いきいきB 事業所Ⅰ・事業所Ⅱ・事業所Ⅱ（雇入） 建設国保【神奈川土建・東京土建】（特定・40↓）		
備考欄 (オプション記入など)			

受診者名簿

記入例

事業所名： 久地診療所

No,

名 前		性別	生年月日	住 所	電話番号	保険情報		健診希望日 第2希望まで記入下さい		健診項目	
ID	カナ					保険者番号	記 号			基本	オプション
		男	S・H 48年	〒 213-0032		0113●●●●●	▲▲	4 / 4	4 / 11	H	④
	クジ タロウ	女	5月21日	川崎市高津区久地4-19-8	044-811-7771			AM・PM	AM・PM		
	久地 太郎										
		男	S・H 54年	〒 -				4 / 8	4 / 15	G	①
	クジ ハナコ	女	6月15日	変更なし				AM・PM	AM・PM		⑪
	久地 花子										
		男	S・H 56年	〒 -		0113●●●●●	▲▲	5 / 7	5 / 14	G	
	クジ ジロウ	女	7月2日	変更なし				AM・PM	AM・PM		
	久地 二郎										
		男	S・H 年	〒 -							
	クジ ジロウ	女	月 日								
	久地 二郎										
		男	S・H 年	〒 -				/	/		
	クジ ジロウ	女	月 日					AM・PM	AM・PM		
	久地 二郎										
		男	S・H 年	〒 -				/	/		
	クジ ジロウ	女	月 日					AM・PM	AM・PM		
	久地 二郎										

カルテ作成のため
住所・電話番号は必ずご記入下さい
過去ご利用がある方でご変更がない方は
変更なしとご記入下さい

保険証の情報は
必ずご記入下さい
(協会けんぽは必須です)

基本健診は別紙項目表の
A～Oより記号をご記入ください

オプションは別紙オプション検査項目表の
①～⑤⑩・㊦～㊴より記号をご記入ください

希望日がお決まりでしたら
2週間後以降のお日にちで
ご記入をお願いします。
午前・午後の希望も○を付けてください

年度