

健康診断申込書

- 下記の【1】～【4】及び【5】受診者名簿(別紙)をご記入の上、FAXでお申込ください。
- 受診希望する実施日につき1枚ご記入ください。複数日で申込する場合も、日別に1枚必要です。
- 申込締切日は、実施日の2週間前となります。
- 全国健康保険協会(協会けんぽ)の生活習慣病予防健診申込の場合は1ヶ月前となります。
- 申込書到着後、確認のご連絡と受付時間をご案内します。

記入日: 年 月 日

【1】支払方法を選択し○をご記入ください。

現金支払

銀行振込

【2】希望日、希望時間帯、会場名をご記入ください。

希望日	/ ()	希望時間帯	午前・午後	会場
-----	-------	-------	-------	----

【3】受診時の書類や容器・結果報告書・請求書等の送付先情報をご記入ください。

企業申込	企業名				担当者	
	住所	〒 -				
	電話	()	FAX	()		

個人申込	氏名				連絡先	()
	住所	〒 -				()

【4】申込人数 人

【5】受診者名簿記入方法(別紙必須)

- ① 受診者の必須基本情報をご記入ください。
- ② 受診の希望時間帯に○をつけてください。
- ③ 受診するコース番号をご記入ください。

1	LSC定期健康診断	4	特殊健康診断のみ
2	LSC特定業務健康診断	5	組合、団体等の健康診断
3	協会けんぽの生活習慣病予防健診(健保加入の35歳以上)		

注意) 3を申込する場合、生活習慣病予防健診申込書を協会けんぽ宛に送付してください。

申込がされていない場合は、受診できませんのでご了承ください。

コース番号の4を記入した場合は、【5】受診者名簿は必要ありません。

特殊健康診断名簿をダウンロードしてご記入ください。

- ④ コース番号の3を記入した場合は、保険記号と保険番号をご記入ください。
- ⑤ オプション検査を申込する場合は、申込コードをご記入ください。(オプション検査内容等・料金表参照)
- ⑥ 特殊健診の有無に○をつけてください。有の場合は、別途特殊健康診断名簿をご記入ください。
- ⑦ 巡回時の受診もれ対象者を申込の場合、受診票の有無に○をつけてください。

申込、問合せ先

ライフサポートクリニック FAX 048(223)2637

申込や記入に関してのお問合せは、048(223)2576までご連絡ください。

医療機関使用欄

【5】受診者名簿

記入方法は、健康診断申込書の“【5】受診者名簿記入方法”をご確認ください。

企業名：

記入日： 年 日 日

No.	①必須基本情報				②	③	④		⑤	⑥	⑦
	フリガナ	漢字氏名	性別	生年月日 (西暦)	希望 時間帯	コース 番号	保険記号	保険番号	オプション検査	特殊 健診	受診票
1			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
2			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
3			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
4			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
5			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
6			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
7			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
8			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
9			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
10			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
11			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
12			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
13			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
14			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無
15			男・女	年 月 日	1. 午前 2. 午後					有・無	有・無