

健康診断申込書

電話で仮予約(希望日と受付時間の枠取りをする)をしてから申込書と受診者名簿をご記入ください。申込書と受診者名簿が到着してから、本予約が確定となります。
仮予約を取った日にちから1週間以内を期限とさせていただきますのでご注意ください。

- 下記の【1】～【4】及び【5】受診者名簿(別紙)を記入の上、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。

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】電話で仮予約した受診日と会場名をご記入ください。(受付時間は受診者名簿に記入欄があります)

受診日	/ ()	会場名	
-----	-------	-----	--

【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 仮予約した受付時間をご記入ください。
- ② 受診者の必須基本情報をご記入ください。
- 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	5	特殊健康診断のみ
2	LSC雇入れ時健康診断	6	組合、団体等の健康診断
3	LSC特定業務健康診断	7	協会けんぽの生活習慣病予防健診 (35歳以上の加入者本人)
4	LSC生活習慣病予防健康診断		

コース番号の5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7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、特殊健康診断名簿も必ずご記入ください。
- ⑦ 巡回時の受診もれ対象者を申込する場合は、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 受付 時間	②必須基本情報				③ コース 番号	④		⑤ オプション検査	⑥ 特殊 健診	⑦ 受診票
		フリガナ	漢字氏名	性別	生年月日 (和暦)		保険記号	保険番号			
1	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
2	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
3	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
4	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
5	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
6	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
7	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
8	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
9	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
10	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
11	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
12	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
13	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
14	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	
15	:			男・女	昭和 平成 年 月 日				有・無	有・無	