

集団健康診断申込書 9月14(月)・15(火)・16(水)・17(木)・18(金)日

※本年より会場は全日程ともに清須市商工会館となっております。

希望時間は下記の候補よりお選びください

9月14日		08:30～、08:45～、09:00～、09:15～、09:30～、09:45～、 10:00～、10:15～
9月15日、9月16日、	男性限定	08:30～、08:45～、09:00～、09:15～、09:30～、09:45～、10:00～
9月17日	女性限定	10:30～、10:45～、11:00～
9月18日		08:30～、08:45～、09:00～、09:15～、09:30～、09:45～、 10:00～、10:15～、10:30～、10:45～、11:00～

●開催日の内、9/15、9/16、9/17については受付時間を男女別とさせていただくことになりました。

●9/14は最大40名、9/15、9/16、9/17は最大50名、9/18は最大55名となります。

※お申し込みは先着順となりますので、第2・3希望でもご案内できない場合がございます。  受診日現在でお願いします。

種別 (A型/B型/ 協会けんぽ)	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	加入番号-共済番号	オプション		
							便潜血	胃部	
1	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
2	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
3	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
4	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
5	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
6	A・B・協		男・女 ^S _H	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~		第三希望 / : ~		受診料金	円		
※受診希望が7名以上の事業所様は裏面をご利用いただくか、予めコピーをしてご利用ください。							合計	円	

記入に関しての注意事項

- ①種別からA型/B型/協会けんぽを選んで○で囲んでください。
- ②中小企業共済補助を利用する場合は、中小企業共済の共済番号を記入して下さい。
- ③オプション(便潜血)を希望される場合は□に✓を入れて下さい。
- ④20・25・30歳の方で「協会けんぽ」の受診とオプション(胃部)を希望される際には事前にご相談ください。
- ⑤「協会けんぽ」を利用される場合は必ず、協会けんぽから送付された生活習慣病予防健診申込書を添付してください。
- ⑥「協会けんぽ」は34歳以下は適用外(20・25・30歳の方除く)ですのでA型かB型より選択してください。
- ⑦手続きの都合上、7月17日(金)以降の日程・種別変更の受付は対応いたしかねます。

中小企業共済にご加入ではありませんか？ お得な健康診断助成金制度がございます。

申込日 令和 8 年 月 日

①住所 〒 -

②送付先 〒 -

※健診の案内等を送付させていただく住所をご記入ください。
住所と送付先が同じ場合は②の記入は不要です。

③事業所名/代表者 /

④TEL/FAX /

⑤連絡責任者

※上記の「記入に関しての注意事項」を確認しましたか？	<input type="checkbox"/>	チェック✓
商工会記入欄	入力済 <input type="checkbox"/>	入金済 /

※ご記入いただいた情報は、当商工会、実施機関の(一財)近畿健康管理センターからの各種連絡・情報提供・健診結果送付のために利用致します。

集団健康診断申込書【裏面】

※表面のみで不足する場合は以下の記入欄もご利用ください。

※お申し込みは先着順となりますので、第2・3希望でもご案内できない場合がございます。 受診日現在でお願いします。

種別 (A型/B型/ 協会けんぽ)	氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢	加入番号-共済番号	オプション
				年	月	日			梗潜血
7	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
8	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
9	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
10	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
11	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
12	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
13	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
14	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
15	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
16	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
17	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
18	A・B・協		男・女 ^S _H	年	月	日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、予めコピーをしてご利用ください。								合計	円

記入に関する注意事項は表面をご確認ください

①住所 〒 -

②送付先 〒 -

※健診の案内等を送付させていただく住所をご記入ください。
住所と送付先が同じ場合は②の記入は不要です。

③事業所名/代表者 /

④TEL/FAX /

⑤連絡責任者

清須市商工会では会員企業の従業員等に集団健康診断を実施しております。従業員の健康を確保することは、労働安全衛生規則により企業に義務付けられており、第44条による一年に一度の健康診断、第43条による雇入時の健康診断は特に重要です。

※ご記入いただいた情報は、当商工会、実施機関の(一財)近畿健康管理センターからの各種連絡・情報提供・健診結果送付のために利用致します。