

健康診断申込書

1. 定期健康診断

	健診料（税抜き）	該 当 年 齢	受 診 者 数
A	7,400円	35歳と40歳以上	名
B	2,900円	上 記 以 外	名
雇 入 時	7,400円	新 規 採 用 者	名

※ Aについては、年齢に関係なく受診を希望される場合は、人数を記入してください。

2.	協会けんぽ健診	受診者数 名	胃部X線（バリウム）有 ・ 無
----	---------	--------	-----------------

3. 有機溶剤健康診断

（グループ名及び有機溶剤名称につきましては、グループ表を参考にしてください。）

グ ル ー プ 名	有 機 溶 剤 名 称	受 診 者 数
		名
		名

4. その他の特殊健康診断・オプション検査（空欄に検査名を記入して下さい。）

特殊健診・検査名等	受 診 者 数	特殊健診・検査名等	受 診 者 数
じん肺	名	騒音	名
鉛	名	V D T 作 業	名
大腸がん	名	スチレン	名
胃部X線（バリウム）	名	エチルベンゼン	名
腫瘍（がん）マーカー	名	ジクロロメタン	名
溶接ヒューム	名		名
	名		名

5.	ストレスチェック支援サービス	受診者数 名	6.	インフルエンザ予防接種
----	----------------	--------	----	-------------

上記のとおり申し込み致します。
令和 5年 月 日

する	見込み	名
----	-----	---

事業場名
所在地
電話番号
ファックス番号
担当者職氏名

※ 電話番号・ファックス番号・担当者職氏名は必ず記入下さるようお願いいたします。
（一社）弘前地区労働基準協会 行

◎ 健康診断受診希望月 _____ 月 ・ 協会一任

※ 地域、申込状況により受診希望月に実施できない場合がありますのでその際はご了承ください。

★ 要望欄（ご要望がございましたら、下欄に記入してください。）例＝当社にて実施希望

--