

2025 年度

健康診断申込書

【お申込み方法】

- ①以下の必要事項をご記入ください。
②受診者様情報は別紙『健康診断受診者名簿』にご記入ください。
③ご記入後は、申込書と受診者名簿を弊会へFAXをお願いします。

お申込日： 年 月 日

▼お客様情報

事業所名称 住所	部署名	
	(フリガナ)	
	ご担当者名	印
	電話番号	
	FAX番号	
加入健康保険組合	健康保険組合名称 []	保険証記号 ()
従業員数	名 (男性: 名・女性: 名)	

▼健康診断内容等

受診場所	■ 新潟県健康管理協会 健康会館			
希望月	・第一希望 月 ・第二希望 月 ※ご受診をお急ぎの際は、事前に弊会までお問い合わせください。			
受診コース	人間ドック	名	料金： 41,800 円 (税込)	
	Aコース (労働安全衛生法に基づく内容)	名	料金： 8,800 円 (税込)	
	Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容)	名	料金： 13,200 円 (税込)	
	オプション検査	子宮がん検診	名	※ご加入の健康保険組合により 料金が異なる場合がございます。
		乳がん検診	名	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
書類送付先	※受診票・結果票等の書類送付先が上記住所と異なる場合のみ、以下へご記入ください。 〒 - ご担当者名 () 電話番号 ()			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み			

▼連絡欄 (ご意見・ご要望など)

--

申込書・受診者名簿は 弊会〈FAX：025-283-3974〉へ送信してください



〒950-0965 新潟市中央区新光町11番地1
TEL 025-245-4455 (予約専用) FAX 025-283-3974
※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。

【個人情報の取り扱いについて】 お客様の個人情報は、その保護に十分配慮しつつ、弊会の範囲内に限り、使用させていただきます。

健康診断受診者名簿

● 下表に健康診断の受診者様情報をご記入の上、別紙『健康診断申込書』と併せて弊社まで F A Xをお願いします。

事業所名： _____ 保険証記号： _____ ご担当者名： _____

No	保険証 番号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	保険証 加入区分	受 診 内 容	備 考 (OP検査など)	健診希望日(日程・受付時間)				確 定 日	
									第1希望		第2希望			
1				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
2				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
3				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
4				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
5				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
6				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
7				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
8				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
9				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:
10				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日()	:	月 日()	:	月 日()	:

申込書・受診者名簿は 弊社〈FAX : 025-283-3974〉へ送信してください



〒950-0965 新潟市中央区新光町11番地1
TEL 025-245-4455 (予約専用) / FAX 025-283-3974
※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。