

健診申込書

江戸北検診センター 医療法人社団 京映会

フリガナ 事業所名		ご担当者名					
〒 住所		電話番号 () - FAX番号 () -					
人数	受診者氏名・フリガナ		性別	生年月日(和暦)	保険証情報(左詰め)		
1	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	保険者番号		
					保険証記号		
					保険証番号		
	補助希望の方	被保険者・被扶養者	希望コース			受診希望日	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 総合ドックコース	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健診	第1	第2	
<input type="checkbox"/> 東京土建	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診コース	<input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 特定化学物質健診	/	/	
		<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病コース	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査/ 下腹部[子宮・卵巣]超音波検査	<input type="checkbox"/> じん肺健診			
		<input type="checkbox"/> 一般定期健診コース	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	<input type="checkbox"/> 鉛健診			
2	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	保険者番号		
					保険証記号		
					保険証番号		
	補助希望の方	被保険者・被扶養者	希望コース			受診希望日	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 総合ドックコース	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健診	第1	第2	
<input type="checkbox"/> 東京土建	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診コース	<input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 特定化学物質健診	/	/	
		<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病コース	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査/ 下腹部[子宮・卵巣]超音波検査	<input type="checkbox"/> じん肺健診			
		<input type="checkbox"/> 一般定期健診コース	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	<input type="checkbox"/> 鉛健診			
3	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	保険者番号		
					保険証記号		
					保険証番号		
	補助希望の方	被保険者・被扶養者	希望コース			受診希望日	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 総合ドックコース	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健診	第1	第2	
<input type="checkbox"/> 東京土建	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診コース	<input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 特定化学物質健診	/	/	
		<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病コース	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査/ 下腹部[子宮・卵巣]超音波検査	<input type="checkbox"/> じん肺健診			
		<input type="checkbox"/> 一般定期健診コース	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	<input type="checkbox"/> 鉛健診			
4	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	保険者番号		
					保険証記号		
					保険証番号		
	補助希望の方	被保険者・被扶養者	希望コース			受診希望日	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 総合ドックコース	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健診	第1	第2	
<input type="checkbox"/> 東京土建	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診コース	<input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 特定化学物質健診	/	/	
		<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病コース	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査/ 下腹部[子宮・卵巣]超音波検査	<input type="checkbox"/> じん肺健診			
		<input type="checkbox"/> 一般定期健診コース	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	<input type="checkbox"/> 鉛健診			
5	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	保険者番号		
					保険証記号		
					保険証番号		
	補助希望の方	被保険者・被扶養者	希望コース			受診希望日	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 総合ドックコース	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査	<input type="checkbox"/> 有機溶剤健診	第1	第2	
<input type="checkbox"/> 東京土建	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診コース	<input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 特定化学物質健診	/	/	
		<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病コース	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査/ 下腹部[子宮・卵巣]超音波検査	<input type="checkbox"/> じん肺健診			
		<input type="checkbox"/> 一般定期健診コース	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	<input type="checkbox"/> 鉛健診			

※特殊健診をご希望の方は、ご使用している有機溶剤名や特定化学物質名等をご記入ください。

※備考

- *各コース、お申込みの詳細、申込書記入例は、同封の「江戸北法人会健康診断のご案内」・「健診申込書《記入例》」等をご確認ください。
- *健保が全国健康保険協会(協会けんぽ)の場合は「健診対象者一覧」(4月初め頃に各事業所へ送付される緑の封筒)が届き次第お申込みください。
- *健診当日は必ず保険証をご持参ください。
- *東京土建健康保険組合の保険証をお持ちの方は受診券も必ずご持参ください。
- *ご記入いただきました個人情報は、健康診断に関わる利用目的以外では使用いたしません。
- *その他ご不明点等は、右記へご連絡ください。

江戸北検診センター 医療法人財団 京映会 京橋クリニック
 〒133-0065 東京都江戸川区南篠崎町2-40-3 京橋ビル
 TEL:03-3677-8121(平日9:00-17:00)

申込書入力フォームダウンロード:
https://www.kyoubashi.com/kenshin_entry.xls
 お申込みFAX:03-3677-8123
 お申込み郵送:上記住所宛
 お申込み受付専用メールアドレス:edogawa@kyoubashi.com

健診申込書《記入例》

- ・事業所名
- ・ご担当者名
- ・郵便番号
- ・住所
- ・電話番号
- ・FAX 番号

診断結果等の書類送付先が異なる場合は、下部備考欄に記入する。

健診申込書

江戸北検診センター 医療法人財団 京映会

フリガナ **エドキタシヨウカイ** 事業所名 **(株)江戸北商会** ご担当者名 **江戸北 太郎**

〒 **132-0031** 電話番号 (03) **1234- 5678**

住所 **東京都江戸川区0001-2-3** FAX番号 (03) **1234- 5678**

フリガナ	氏名	性別	生年月日(和暦)	保険証情報(左詰め)									受診希望日		
エドキタ タロウ	江戸北 太郎	男	昭和 18年 5月 10日	A 保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	第1	第2
				B 保険証記号	2	1	7	0	0	0	2	3	10 / 23	10 / 24	
				C 保険証番号	1										

補助希望の方
 協会けんぽ 被保険者
 東京土建 被扶養者

健診コース
 総合ドックコース
 生活習慣病予防健診コース
 簡易生活習慣病コース
 一般定期健診コース

オプション検査
 頸部超音波検査
 前立腺腫瘍マーカー
 乳腺超音波検査/
下腹部(子宮・卵巣)超音波検査
 喀痰検査

特殊健診※
 有機溶剤健診
 特定化学物質健診
 じん肺健診
 鉛健診

※特殊健診をご希望の方は、ご使用している有機溶剤名や特定化学物質名等をご記入ください。 ※備考
 ① 江戸北太郎 / 有機溶剤: エチレンジクロールモノエチルエーテル

江戸北検診センター 医療法人財団 京映会 京橋クリニック
 〒133-0065 東京都江戸川区京橋2-40-3 京橋ビル
 TEL: 03-3677-8121 受付時間: 9:00-17:00

申込書入力フォームダウンロード:
https://www.kyoubashi.com/kenshin_entry.xls
 お申込みFAX: 03-3677-8123
 お申込み郵送: 上記住所宛
 お申込み受付専用メールアドレス: edogawa@kyoubashi.com

受診希望者全員の情報をそれぞれ記入する。6名以上の場合は本書をコピーして記入する。

- ・氏名・フリガナ
 - ・性別 レ点を入れる。
 - ・生年月日 元号にレ点を入れ、和暦を記入する。
 - ・保険証情報
 (A)(B)(C) 左詰めで記載。本書下部の保険証例で該当箇所を参照。
 - ・補助希望の方 「江戸川北法学会健康診断のご案内」を確認し、該当する場合はレ点を入れる。
 - ・被保険者(本人)または被扶養者のいずれかにレ点を入れる。
 - ・希望コース レ点を入れる。
 - ・特殊健診(D) 希望する場合は下部の別枠に詳細を記入する。
 - ・受診希望日 「健康診断日程のお知らせ」に記載の実施日より選択し記入する。第2希望日がない場合は、第1希望日のみ。
- ※実施可能な人数に達しない場合や、定員を大幅に超えた場合は、ご希望日以外のご受診をお願いする場合がございます。

【 全国健康保険協会(協会けんぽ)・東京土建国民健康保険組合の保険証をお持ちの方 】

※国民健康保険やその他の健康保険ではありません。

総合ドックコース、または生活習慣病予防健診コースをご希望で補助対象年齢の方は、健診費用の補助が受けられます。詳しくは同封の「江戸川北法学会健康診断のご案内」をご参照ください。
 国民健康保険やその他の健康保険の方は、健診費用補助制度の有無をご加入先へ直接・各自ご確認ください。

全国健康保険協会(協会けんぽ)保険証・例

健康保険 本人(被保険者) 00487
 被保険者証 令和2年4月10日交付

記号 **21700023** 番号 **1**

氏名 協会 太郎
 生年月日 平成元年5月10日
 性別 男
 資格取得年月日 令和2年4月1日

事業所名称 (株)江戸北商会
 保険者番号 **999999999**
 保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
 保険者所在地 〇〇市〇〇町 9-99-99

東京土建国民健康保険組合 保険証/受診券・例

国民健康保険 有効期限 平成29年3月31日
 被保険者証 資格取得年月日 昭和61年4月1日

記号 **91-01** 番号 **99999**

氏名 土建 太郎
 生年月日 昭和41年8月1日 性別 男
 交付年月日 平成28年4月1日
 組合員氏名 土建 太郎
 住所 新宿区北新宿 1-8-16

保険者番号 **133272** 東京土建国民健康保険組合

特定健康診査受診券★節目健診★

受診券整理番号 16100098956 有効期限 平成29年3月31日
 氏名 土建 太郎 発行年月日 平成28年4月1日

生年月日 昭和41年8月1日 性別 男
 ※節目健診もしくは東京土建健診のいずれかをお選びください。

保険者番号 00133272 東京土建国民健康保険組合