企業・団体健診申込書

済生会富山病院　健康管理センター

TEL　076-437-1133　/　FAX 076-437-1100

申込日　令和　　年　　月　　日

1．基本情報

申込日	令和　　年　　月　　日	**希望時期**	令和　　年　　月頃
健診区分	**別紙「受診者名簿」、別紙「特殊健診確認票」**に記載		
概算人数	名	**実施形態**	健康管理センターへの来院健診
企業・団体名			
部署・担当者	部署：　　担当者：		
所在地	〒　　－　　住所：		
連絡先	TEL：　　FAX：　　メール：		

2．健診内容・オプション検査

基本健診	**別紙「受診者名簿」**のコースに記載
追加検査・検診	**別紙「受診者名簿」**の個別オプションに記載
特殊健診	□ なし　□ あり〔**別紙「特殊健診確認票」**を添付〕 ※特殊健診は、当健康管理センターで受託可能な健診に限ります。 ※対象物質、作業内容等により、事前確認が必要となる場合があります。
法定健診における検査項目の省略	□ 省略なし　□ 法令上の基準に基づき、医師が必要でないと認めた項目のみ省略 □ 事前に健康管理センターへ相談 ※企業・団体または受診者の希望のみで、法定項目を省略することはできません。 ※雇入時健康診断は、法令上認められる場合を除き、原則として検査項目を省略できません。

3．結果・請求

本人用結果	交付方法：　□ 本人住所へ個別郵送　□ 企業・団体を通じて本人へ配付　□ その他 （　　） ※個別郵送を希望する場合は、必要な情報を**別紙「本人用結果送付先一覧」**に記入してください。
事業者用 法定健診結果	提供範囲：　労働安全衛生法等に基づき、事業者が取得・保存する必要がある法定健診結果 ※法定健診項目以外の検査結果（オプション検査等）は、原則として事業者用結果に含みません。企業・団体への提供を希望する場合は、対象者本人の同意が必要です。 送付方法：□ 企業・団体へ一括送付　□ その他（　　） 結果形式：□ 紙　□ データ　□ 指定様式（　　） 提供する結果：□ 法定健診項目のみ　□ 法定外項目を含む（対象者本人の同意確認済み）
請求方法	□ 企業・団体へ一括請求　　□ 受診者による個別精算 □ 健康保険組合等の補助を利用　□ その他（　　） ※該当する項目をすべて選択してください。 ※健康保険組合等の補助を利用する場合は、必要な情報を、**別紙「補助利用者情報一覧」**に記入してください。
請求書の送付先	宛名：□ 企業・団体名と同じ　□ その他（　　） 送付先：□ 所在地と同じ　□ その他（　　）
支払方法	□ 振込　□ 当日支払

※FAX でお申し込みの場合は、ホームページから「企業・団体健診申込書」を印刷し、必要事項をご記入のうえ、当センターまでお送りください。FAX 送信後、当センターから申込内容を確認するためご連絡します。当センターからの連絡があるまでは、予約は確定していません。

別紙　受診者名簿

企業・団体名	
健診実施予定期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日
合計人数	名

※社員番号、健診コース、予約日時および個別オプション検査を記入してください。

※10 名以上の場合は、本様式を複写してご利用ください。

No.	氏名 ふりがな	性別	生年月日 所属	コース 「健診コース一覧」のコードあるいはコース区分（コース名）をご記入ください。		予約日時		個別オプション 「オプション検査一覧」のコードあるいは検査名をご記入ください。		備考
1		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
2		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
3		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
4		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
5		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
6		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
7		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
8		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	
9		男 女	年　月　日	①	②	①　月　日	②　月　日	①	②	
				③	④	③　月　日	④　月　日	③	④	

別紙　特殊健診確認票

特殊健診を申し込む場合は、対象者ごとに、健診の種類、対象物質・有害要因および作業内容等を記入してください。
※化学物質に関する健診を申し込む場合は、必要に応じて SDS 等の資料を添付してください。
※8 名以上の場合は、本様式を複写してご利用ください。

■ 健診の種類

【法定特殊健診等】
☐ 有機溶剤健康診断　　☐ 特定化学物質等健康診断　　☐ 電離放射線健康診断

No.	氏名	健診の種類	実施区分	対象物質・有害要因	作業内容	従事状況	従事頻度・期間	前回健診日	備考
1		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
2		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
3		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
4		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
5		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
6		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			
7		☐ 有機溶剤健康診断 ☐ 特定化学物質等健康診断 ☐ 電離放射線健康診断 ☐その他	☐雇入時　☐配置換え時 ☐定期　　☐その他			☐現在従事 ☐過去従事			

SDS 等　　☐ 添付　　☐ 後日提出　　☐ 該当なし

別紙　補助利用者情報一覧

健康保険組合等の補助を利用する場合は、補助申請に必要な情報を記入してください。
※マイナンバーは記入しないでください。
※11 名以上の場合は、本様式を複写してご利用ください。

企業・団体名								
No.	（社員番号）	氏名	健康保険者名	保険者番号	被保険者等記号	番号・枝番	受診券番号	補助コース
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

別紙　本人用結果送付先一覧

本人用結果を本人住所へ個別郵送する場合に記入してください。
※企業・団体は、対象者本人に利用目的を説明したうえで提出してください。
※11 名以上の場合は、本様式を複写してご利用ください。

企業・団体名						
No.	（社員番号）	氏名	郵便番号	住所	建物名・部屋番号	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						