

① 健康保険 記号	支店 コード
--------------	-----------

② 健診機関 コード
---------------

③ 健 診 名 機 関 名			
④ 健 診 場 所	施設・巡回(所在地 )		
⑤ 事 業 所 名			
⑥ 支 店 名 営 業 所 名	支 店・営 業 所		
⑦ 担 当 者 名 氏 名			電 話 ( )
⑧ 受 診 予 定 人 数	健 康 診 断 (35歳未満) A1コース	男 名・女 名・合計 名	
		婦人科検診 (有 料)	子宮細胞診検査 名・乳房検査 名
	生 活 習 慣 病 予 防 健 診 (35歳以上) Bコース	男 名・女 名・合計 名	
		婦人科検診 (子宮細胞診 乳房超音波無料)	子宮細胞診検査 名・乳房検査 名
⑨ 受 希 望 診 月	〈 年度 〉 第1希望 月 ・ 第2希望 月 ・ 第3希望 月 ※ 受診希望月の約2ヶ月前になっても健診機関より連絡がない場合は、健診機関へお問い合わせください。		
⑩ 結 果 票 送 付 先	本社・支店 (所在地 )		
⑪ 産 業 医 氏 名			
⑫ その他 (ご要望等)			

個人情報の取扱いに同意します。 ※個人情報の取扱いについては、ホームページ等に記載しています。

⑬ 上記の通り申し込みます。 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

電 話 ( )

F A X ( )

健康管理推進委員氏名



## 健康診断 生活習慣病予防健診申込書 記入方法 (東振協契約用)

### 【実施する事業所の詳細について】

- ① 健康保険記号と支店コード(事業所台帳参照)を記入してください。
- ② 健診機関コード(当組合ホームページの健康管理事業→外部健診機関での受診→東振協契約健診機関一覧参照)を記入してください。なお、健診機関1ヶ所につき1枚申込書を提出してください。
- ③ 実施する健診機関名を省略せずに記入してください。
- ④ 施設と巡回のどちらか一方に○印をつけ、巡回を希望する場合は、所在地を必ず記入してください。  
注) 実施する人数が少ない場合は、巡回健診をお断りさせていただいたり出張費を別途請求させていただきますので事前に健診機関へお問合せください。
- ⑤ 事業所名を記入してください。
- ⑥ 支店名または営業所名を記入してください。
- ⑦ 健診担当者(打ち合わせのできる現地担当者)の氏名と電話番号を記入してください。

### 【健診の詳細について】

- ⑧ ・健康診断(35歳未満)、生活習慣病予防健診(35歳以上)の受診予定人数をできるだけ正確に記入してください。年齢は年度末年齢です。  
(例) 令和9年3月31日までに35歳になる方は、健診当日34歳でも35歳に該当します。  
・婦人科検診は、希望者の人数を記入してください。なお、子宮細胞診検査(検体採取法)は「自己採取法」と「医師採取法」を含めた人数を記入してください。
- ⑨ 受診希望月は、第3希望まで記入してください。すでに健診機関へ予約済の場合は⑫欄「その他」に予約日および受診日を記入してください。
- ⑩ 本社と支店のどちらか一方に○印をつけ、支店を希望する場合は、所在地を必ず記入してください。

### 【⑪～⑬欄について】

- ⑪ 産業医がいる場合のみ記入してください。
- ⑫ その他(ご要望等)は、追加検査等を詳しく記入してください。  
(例) ・健康診断に労働安全衛生法法定項目追加(有料) ・月の中旬を希望します  
・協力会社10名追加希望(自費) ・健診機関へ〇月に予約済  
※自費で実施する追加項目については、事前に請求を分けてもらうように健診機関へ申し出てください。
- ⑬ 事業所所在地と事業所名称、電話番号、健康管理推進委員氏名を記入してください。

### 【その他の注意事項】

- 申込書は、本社・支店・営業所別に作成してください。
- 受診予定人数が大幅に増減した場合は、事前に健診機関までご連絡してください。
- 受診希望月の約2ヶ月前になっても連絡がない場合は、健診機関へお問合せください。
- 健保組合からの健診の補助は年度内(4月から翌3月末)1回となります。

問合せ先 〒102-8421 東京都千代田区二番町4番地2  
電設工業健康保険組合 健康管理課 健康管理係  
TEL: 03-3265-0307