

# ◎新長堀診療所／健康診断申込書◎

この用紙をFAX又は郵送で、新長堀診療所へお送りください。

## 【定期健診（労安法）・自費受診 の方】

### 定期健診・自費受診 申込書

(事業所所在地) ※健康保険証に記載 された住所 又は (個人のご住所)	※ 連絡先を左記と別に希望される場 合（支店・営業所・自宅等）は、下記 に連絡先を記入して下さい
(事業所名称)	
(お電話番号) (FAX番号)	

健康保険 証の番号	(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日	本 / 扶	ご希望の受診コース				受診を希望される日時			オプション検査のご希 望等、ございましたら ご記入ください。	前回の受診内容 受診年月日
					半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	第一希望   時間	第二希望   時間	第三希望   時間		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		
( )		男 / 女	年 月 日	本 / 扶	半日 ドック	一般 健診	定期 ②	定期 ④	月 日	月 日	月 日		

### ●受診コースについて

コース名称	自費受診される方で、各医療保険者（協会けんぽ・健康保険組 合・共済組合・市町村等）から発行された『特定健診受診券』を お持ちになられた場合、受診当日、費用を減額することができます。
・半日ドック 27,500円	
・一般健診 18,000円	『特定健診受診券』の発行手続きにつきましては、ご加入の医 療保険者へお問い合わせください。
・定期健診② 8,700円	法定項目（労働安全衛生規則）に基づく内容の健診を行います
・定期健診④ 4,150円	法定項目に基づく最低限の内容です【ただし35歳未満の方】

受診希望日時のご記入が無い場合、いったん当方でご予約をさせていただきます。

●受付時間●	【午前】		【午後】	
	① 8:30	④ 10:00	⑧ 13:00	
	② 9:00	⑤ 10:30	⑨ 13:30	
●休診日●	日曜・祝日・土曜午後			
	③ 9:30	⑥ 午前時間指定無	⑩ 午後時間指定無	

**【定期健診②④の受付時間は、9:30以降とさせていただきます】**

**新長堀診療所** 〒542-0082 大阪市中央区島之内1-11-18  
電話：06-6251-0501 FAX：06-6252-8076