

令和5年度 鹿児島商工会議所 集団健診申込書

《 申 込 先 》

鹿児島商工会議所へ申し込み

OFAXかMailで申込書を送付
 FAX:099-227-1977 Mail:kigyoushien@sage.ocn.ne.jp
 ○後日、当商工会議所から受診日時をお知らせします

健診機関から連絡

○問診票
 ○請求書

※複数名のお申し込みがある場合には、当商工会議所ホームページの「申込書 (EXCEL)」をご利用ください。

※以下、全ての事項を、ご記入または○にてご選択ください。

《 申 込 事 業 所 》

フリガナ 事業所名	T E L		-		-	
	ご担当者名					
所在地	〒 -		健保記号 (左づめ)			
※生活習慣病予防健診をご希望する場合に限り、 全国健康保険協会の保険証の 緑枠① の番号を記入						

《 申 込 者 一 覧 》

法定健診

※前日の夜9時までにお食事をお済ませください。

受診者名	性別	生年月日	希望日時		予防接種 (希望者は、☑を記入)
			28日	29日	
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する

健康保険 本人(被保険者) 00000
 被保険者証 令和〇年〇月〇日発行
 ① 記号 12345678 ② 番号 9999
 氏名 会議員 太郎
 生年月日 昭和〇年〇月〇日
 性別 男
 資格取得年月日 平成〇年〇月〇日
 事業所名称 ○株式会社
 保険者番号 00000000
 保険者名称 全国健康保険協会
 保険者所在地 ○市〇区〇〇

×保険者番号とお間違えのないようお願い致します。

生活習慣病予防健診

※前日の夜9時までにお食事をお済ませください。

受診者名	性別	生年月日	希望日時			健保番号(左づめ) ※全国健康保険協会の保険証の 緑枠②の番号を記入	予防接種 (希望者は、☑を記入)
			28日 (バリウム・胃カメラ)	29日	1日 当日(バリウム)		
フリガナ ①	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する	
フリガナ ②	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する	
フリガナ ③	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	<input type="checkbox"/> 希望する	

インフルエンザ予防接種

受診者名	性別	生年月日	希望日時	
			28日	29日
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時

※バリウム・胃カメラの希望日をご記入ください。委託先と調整のうえ、ご連絡いたします。

番号	第一希望	第二希望	バリウム 胃カメラ
①	月 日	月 日	バ・胃
②	月 日	月 日	バ・胃
③	月 日	月 日	バ・胃

問い合わせ
 申込送付先

鹿児島商工会議所 企業支援課 [鹿児島市東千石町1-38]

TEL: 099-225-9522

鹿児島商工会議所 健康診断

検索



Email kigyoushien@sage.ocn.ne.jp

HP http://www.kagoshima-cci.or.jp/?p=51

[注意事項]

- 問診票は実施日の1週間前ごろ、請求書は健診受診後に、それぞれ健診機関から送付します。
- 鹿児島商工会議所は、健診内容、健診結果について責任を負いませんので、各健診機関へお問い合わせください。
- 当商工会議所ビル地下2階駐車場には限りがありますので、お車でお越しの方は、近隣の有料駐車場をご利用ください。