

令和7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		T E L	-
事業所名		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 **赤枠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)
			3日	4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	☐ 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	☐ 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	☐ 希望する

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 令和○年○月○日交付
① 記号 12345678 番号 9999 ②
氏名 会 員 所 太 郎
生年月日 昭和○年○月○日
性別 男
資格取得年月日 平成○年○月○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○○区○○○
印

×保険者番号とお間違えの
無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 赤枠②の番号を記入	予防接種 (希望者は、 ☒ を記入)
			2日 当日(バリウム)	3日 (バリウム・胃カメラ)	4日		
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		☐ 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		☐ 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		☐ 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	
			3日	4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

※別日の胃カメラ・バリウムを希望する
方は、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

追加健診の記入欄

※胃カメラや血液検査など、その他
希望する検査をご記入ください。

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

Email kigyoushien@sage.ocn.ne.jp

鹿児島商工会議所 健康診断

検索

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



(注意事項) ○ 問診票は、実施日の1週間前ごろに健診機関より案内し、請求書は、健診受診後に健診機関より送付いたします。
○ 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。