

〔雇入時・法定・深夜〕健康診断申込書・受診者名簿

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部
〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 予約専用TEL：0267-46-8470

予約連絡後、下記太枠の中をご記入しコピーをご郵送ください。原本は企業様で保管ください。※個人情報を含むためFAXはご遠慮ください。

◆企業様情報

前回実施	なし ・ あり →	[年 月]	記入日	年 月 日
企業名		担当者	電話番号	— —
住所	〒 -		FAX	— —

◆書類の送付先・請求書の送付先 ※上記の企業様情報以外の場合のみ記入

書類の送付先	企業名	担当者	様	住所	〒 -
請求書送付先	企業名	担当者	様	住所	〒 -

◆受診者名簿 ※ご案内書類は個人宛に郵送いたします。なお、深夜健診については事業所宛に郵送いたします。

受診日	ｺｰｽ No	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	年齢	性別	郵便番号	住所	病院ID
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									
月 日 []									

健診コースNo.	100	雇入時健診	101	法定健診Ⅰ (34歳以下・36~39歳)	102	法定健診Ⅱ (35・40・45歳以上)	103	法定健診Ⅲ (41~44歳)	107	深夜健診
----------	-----	-------	-----	----------------------	-----	---------------------	-----	----------------	-----	------

◆XMLデータ： 不要 必要 (1件660円 1配送430円) ※ 受診後の追加はできません。

※申込書・受診者名簿の郵送で申込完了となります。健康診断のご案内書類は、申込書が届いてから2~3週間後に個人宛に郵送いたします。

〔病院記載欄〕	申込受付日	/	受診日決定	受診日決定連絡	/	システム登録	<input type="checkbox"/> 登録済み	/
---------	-------	---	-------	---------	---	--------	-------------------------------	---