

# 定期健康診断申込書

フリガナ	
事業所名	(担当者名 )
住所	〒 Tel

フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診項目 (いずれかに○をつけて下さい)	健診希望日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日
	男 女	昭・平 年 月 日	定期健康診断(1・2・3)	年 月 日

\* 健診を受けられる時の注意 検尿・血液検査がありますので食事・糖分のある飲み物は控えて下さい。

◎ 定健(1)・(2)は 労働安全衛生法第66条第1項 の規定で義務づけられている従業員の健康診断項目です。

○ 定期健康診断(1) 4,850円(税込)

診察・問診・身長・体重・視力・聴力(オゾオ)・血圧測定・尿検査(尿糖・尿蛋白)・胸部X線(直接)

○ 定期健康診断(2) 8,750円(税込)

診察・問診・身長・体重・腹囲・視力・聴力(オゾオ)・血圧測定・尿検査(尿糖・尿蛋白)・胸部X線(直接)

貧血検査(血色量・赤血球数・ハトクリット)・肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)

脂質検査(総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・トリグリセリド)・血糖検査・心電図検査

○ 定期健康診断(3) 7,650円(税込)

上記の検査項目から心電図検査を除外した健康診断

●お申し込み・お問い合わせ先●  
独立行政法人地域医療機能推進機構  
久留米総合病院 健康管理センター  
Tel: 0942-33-1211  
申込FAX: 0942-33-1218

2026.4.1改定