

契約申込書

健康診断の契約をご希望される健康保険組合及び企業様は、以下の項目をご記入ください。

健康保険組合及び企業名	(カナ)
	⑩
健診コース (追加の検査項目は要相談) ※特定化学物質については、一部 行っていない物質もありますの で、事前にご確認ください。	人間ドック・定期健康診断A・定期健康診断B・定期健康診断C
	雇入時健康診断・特殊健康診断(じん肺・石綿・鉛・電離放射線)
	有機溶剤(キシレン・トルエン)・特定化学物質()
個人健診結果表の送付	個人のみ ・ 個人と契約会社 ・ 契約会社のみ
特定健診結果 人間ドックのみ対応可	要(XMLデータ) ・ 要(紙) ・ 不要
ご請求先 一部を個人負担することも可	受診者様に請求 ・ 企業様に請求(月末締め翌月請求)
ご請求先名称 (健康保険組合及び企業名と同じ 場合は、同上にご記入ください。)	
ご請求先住所	〒 -
ご連絡先	電話:
	FAX:
ご担当部署	
ご担当者	

ご記入が済みましたら、FAXでお送りください。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院 健康診断部

〒211-8510

神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号

TEL : 044-434-6334

FAX : 044-434-6338