

会 員 各 位

伊奈町商工会 会長 町田伸吉  
主 幹 労務委員会  
後 援 伊 奈 町

# 従業員健康診断申込書

## 従業員健康診断並びに成人病検診のお知らせ

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、労働安全衛生法に基づく健康診断につきましては、本年度、下記の医療機関にご協力をいただき実施いたします。

つきましては、従業員の方々には、必ず受診されますようご案内申し上げます。

### 記

- ☆実施期間（伊奈病院） 8/3（月）～10/2（金）  
日曜日、祭日を除く毎日（但し、土曜日は午前中のみ）
- （希望病院） 8/3（月）～10/2（金）  
日曜日、祭日を除く毎日（但し、土曜日は午前中のみ）
- （みやうち内科・消化器内科クリニック） 8/3（月）～10/2（金）  
木・日曜日・祝日を除く毎日（土曜日は午前中のみ。但し、Cコースは不可）
- （みなみのメディカルクリニック） 8/3（月）～10/2（金）  
木曜日・祝日を除く毎日（但し、土曜・日曜日は午前中のみ）

	①午前の受付	②午後の受付
伊 奈 病 院	午前8時～午前10時30分	午後2時30分～午後3時30分
希 望 病 院	午前9時～午後12時	午後2時～午後5時
みやうち内科・消化器内科クリニック	午前9時～午前11時00分	原則午前のみ、午後は応相談
みなみのメディカルクリニック	午前9時～午前12時30分	午後3時～午後6時30分

- ☆実施場所 伊奈病院（医療法人社団・愛友会） 小室 9419 Tel.723-6071  
希望病院（医療法人・のぞみ会） 小室 3170 Tel.723-0855  
みやうち内科・消化器内科クリニック 寿 2-144-4 Tel.783-3751  
みなみのメディカルクリニック 栄 5-255 Tel.720-0033

- ☆内 容 **Aコース** 4,100円（税込）（35才未満及び36才～40才未満の者）  
身長、体重、視力、聴力、血圧、尿検査、胸部X線、内科検診
- Bコース** 9,900円（税込）（35才、40才以上の者）  
身長、体重、視力、聴力、血圧、尿検査、胸部X線、内科検診、貧血、肝機能、血中脂質、心電図、血糖
- Cコース** 17,100円（税込）（成人病検診 年齢不問）Bコースに胃検診が加わります。

### ※上記記載の各コース受診者の年齢についてはあくまで目安の年齢です。

☆伊奈病院より注意事項☆ ※A・Bコースは前日の夜8時から健康診断が終わるまで、水以外飲食禁止（Cコースは水も不可） ※午後受診の方は朝食可・昼食は不可（水のみ直前可）	☆希望病院より注意事項☆ ※Cコースの胃検診を内視鏡検査に変更する場合は別途4,400円頂きます。 ※尚、胃内視鏡検査実施日は第1、第3木曜日と第2金曜日のみとなります。 ※Cコースは1日2件までとさせていただきます。	☆みやうち内科・消化器内科クリニック 及び みなみのメディカルクリニックより注意事項☆ ※全コース、前日の夜9時から健康診断が終わるまで水以外飲食禁止（水は飲んで大丈夫です） ※Cコースの胃検診は内視鏡検査になります。また、別途4,400円頂きます。 ※Cコースは1日1件とさせていただきます。 ※各コース具体的な時間を事業所宛てにご連絡致します。
--	--	--

※ A・B・Cそれぞれのご希望を申込書にご記入ください。なお、上記以外の検査を希望（例 前立腺検査、婦人科検診等）につきましては別途医療機関に直接ご相談下さい。

※健康診断個人票を医療機関窓口にご持参下さい

※伊奈町より受診料の一部が補助されます。（従業員1名につき800円）

☆申込締切 受診希望日の2週間以上前に商工会事務局へ

1. 受診を希望する医療機関にレ印をつけて下さい。

伊奈病院

希望病院<sup>のぞみ</sup>

みやうち内科・消化器内科クリニック

みなみのメディカルクリニック

2. 受診希望日をご記入下さい。

希望日	①午前 ②午後	コース	ふりがな 受診者氏名	生年月日	年齢	性別	備考
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		
/	前・後	A・B・C		昭平 . .	才		

※午前、午後及び希望コースに○印をつけて下さい。

※Cコースは午前中となります。

※希望日時を変更する場合があります。

※受診希望医療機関の診察券をお持ちの方は診察券番号を備考の欄にご記入ください。

書ききれない場合は、別紙にご記入下さい。

上記のとおり検診料を添えて申し込みます。

令和2年 月 日

Aコース \_\_\_名 × 4,100 =

Bコース \_\_\_名 × 9,900 =

Cコース \_\_\_名 × 17,100 =

Cコース (みやうち内科・消化器内科クリニック)

(みなみのメディカルクリニック)

\_\_\_名 × 21,500 =

合計 \_\_\_名 \_\_\_\_\_円

事業所名

電話番号

代表者名

印