

健康診断・胃検診申込書

尼崎機械金属健康保険組合理事長 様
次のとおり、健診の申込みをします。

事業所記号	
事業所所在地	(〒 —)
事業所名称	
事業主名	
電話番号	(担当者名)

●実施する健診機関 希望するところに○印をつけてください。

健診機関	ハーティ21	福慈会 (福慈クリニック・ 尼崎クリニック)	島田 クリニック	カワイ クリニック	カーム尼崎 健診プラザ
○印記入欄					

※ カーム尼崎健診プラザは「現地受診」となります。

●受診する被保険者数

	対象者	健診項目	受診人数
一般健康診断	40歳未満 (35歳を除く)	①X線②身長③体重④視力⑤血圧 ⑥検尿(糖・蛋白)⑦聴力 (1000HZ,4000HZ)⑧内診	名
特別健康診断	35歳および 40歳以上	上記①～⑧ ⑨腹囲 ⑩肝機能検査(血液3種目) GOT・GPT・γ-GTP ⑪血中脂質検査(血液3種目) 中性脂肪・LDLコレステロール・HDLコレステロール ⑫血検査(血液2種目) 赤血球数・血色素量 ⑬血糖・HbA1c ⑭心電図測定(12誘導)	名
胃検診	30歳以上	胃レントゲン撮影(島田クリニックは来院のみ対応)	名
その他		じん肺	名
		有機溶剤	名
		騒音による特殊聴力検査	名
		引金工具	名
		特定化学物質	名
		鉛検査	名
		心電図	名
	ストレスチェック	名	

●健診の実施に都合の悪い日

_____月 _____日 午前・午後 _____時

申込書送付先 〒660-0881
尼崎市昭和通2-6-68 中小企業センター6階
尼崎機械金属健康保険組合
【FAXでも可。06-6482-3239】