豊中診療所の　事業所健康診断について、ご案内

- 当院は、協会けんぽ生活習慣病健診（35歳以上の本人様）や、労働安全法指定健診を主に取り扱っております。
- 健康診断は、基本的に、月曜～木曜の午前、土曜の午前、日曜（月一回のみ指定した日時）で実施しております。
- 協会けんぽ生活習慣病健診は、基本的に胃癌検診（当院はバリウム対応のみ）が含まれるで金曜午前で対応しております。
- 2025年度まで、健診結果を2部発行希望されていた企業様に発送していましたが、2026年度以降は、基本的に「1部発行」でお願いしております。

1人で健診を申し込む場合の手順

電話で、左記の時間帯にお電話ください。
（豊中診療所　電話番号　**06-6841-3531**　）

月曜と水曜　9：00～17：00
火曜と木曜と金曜　9：00～19：30
土曜　9：00～12：00

2人以上の健診を申し込む場合の手順

① 健診申込書（別紙）に必要事項を記載し、当院へ**FAX（06-6841-3536）**送信ください。
担当者から折返しの電話を差し上げて、詳細を決めさせて頂きます。

② 下記の表の該当する欄に○をつけて、上記①の名簿と共にFAXください。

問診票の郵送先	健診受診者の自宅　・　事業所へ一括	
健診費用の支払い	当日窓口支払い　・　後日会社請求	（←「後日会社請求」を選択いただけるのは、
領収書の宛名	健診受診者名　・　事業所名	基本的に5名以上の申し込みのみ）
結果報告書の郵送先	健診受診者の自宅　・　事業所へ一括	
結果報告書以外の書式希望	証明書希望　・　診断書希望	

豊中診療所　　事業所　健康診断　申込書

生活習慣病予防健診以外の健診の申込書

（例）若年健診・労働安全衛生法健診・協会けんぽの保険証以外の健診

健康保険　被保険者証の 保険者番号	健康保険　被保険者証の 記号

事業所所在地 （問診票の郵送先）	〒
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

この部分は
宛名シールとして
使用予定です。
楷書で御記入下さい。

（注）申込時の年令でなく、今年度の到達年令を書いて下さい。

	健康保険証の番号	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	付加健診の有無	受診希望日（３日分書いて下さい）（付加健診対象者は、書かないで下さい）
1			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
2			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
3			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
4			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
5			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
6			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
7			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	

豊中診療所　〒560-0026　大阪府豊中市玉井町1-10-6　TEL　06-6841-3531　**Fax　06-6841-3536**

豊中診療所　　事業所　健康診断　申込書

（35才以上の方で、生活習慣病予防健診の対象者）

健康保険　被保険者証の保険者番号	健康保険　被保険者証の記号

事業所所在地 （問診票の郵送先）	〒	
事業所名称		
担当者名		
電話番号		
FAX番号		

この部分は宛名シールとして使用予定です。楷書で御記入下さい。

注）申込時の年令でなく、今年度の到達年令を書いて下さい。

	健康保険証の番号	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	付加健診の有無	受診希望日（３日分書いて下さい）（付加健診対象者は、書かないで下さい）
1			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
2			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
3			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
4			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
5			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
6			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	
7			昭和・平成 年　月　日	歳	男・女	有　・　無	

豊中診療所　〒560-0026　大阪府豊中市玉井町1-10-6　TEL　06-6841-3531　**Fax　06-6841-3536**