

大阪薬業保健センター 海外健康診断 申込書

① 所 属	1.大阪 2.神戸 3.京都		
② 事業所名称		⑤ 事業所記号	
③ 事業所所在地	〒	⑥ 事務担当者名	
④ 結果票送付先 (ご家族はご自宅住所)	〒	⑦ 電話番号	— —

年 月 日提出

大阪薬業健康保険組合
健康管理部

TEL 06-6941-6352

FAX 06-6910-8341

⑧ 個人番号	⑨ フリガナ ⑩ 氏 名	⑪ 生 年 月 日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 受 診 日 ・ 受 付 時 刻					⑮ 赴 任 国 ・ 実 施 時 期		⑯ 胃部×線バリウム検査省略	⑰ 支払方法
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・家族	(西暦) 年 月 日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					(国名) 赴任前 赴任後		胃部×線バリウム検査省略	事業所請求 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・家族	(西暦) 年 月 日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					(国名) 赴任前 赴任後		胃部×線バリウム検査省略	事業所請求 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・家族	(西暦) 年 月 日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					(国名) 赴任前 赴任後		胃部×線バリウム検査省略	事業所請求 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・家族	(西暦) 年 月 日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					(国名) 赴任前 赴任後		胃部×線バリウム検査省略	事業所請求 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・家族	(西暦) 年 月 日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					(国名) 赴任前 赴任後		胃部×線バリウム検査省略	事業所請求 当日現金払

- ・①～⑭を全てご記入ください。なお、⑭受診日は西暦でご記入いただき、受付時刻は該当する時間を○で囲んでください。
- ・⑮赴任国をご記入いただき、該当する受診時期を○で囲んでください。
- ・⑯胃部×線バリウム検査を省略する場合は、胃部×線省略を○で囲んでください。
- ・⑰支払方法は、いずれかを○で囲んでください。
- ・申込書は受診者が確定次第（遅くとも受診日の10日前までに）ご提出いただきますようお願いいたします。
- ・申込人数と仮押え人数が相違する場合、未申込の仮押え枠は当組合で取り消しさせていただきます。
- ・この申込書は、「結果票送付先」ごとに作成してください。また、受診日以降は「結果票送付先」の変更ができませんので予めご了承ください。
- ・健診結果は受診者宛2通送付いたします。
- ・尿潜血検査を実施しますので女性の方は生理期間をはずしてご受診ください。

《個人情報の取扱いについて》

- ・申込書にご記入いただきました個人情報は当組合の「個人情報保護管理規程」に基づき慎重に取扱い、保健事業以外の目的では使用いたしません。
- ・当組合が、検査機関より報告を受けた受診者の検査結果を、保健指導等に利用することについては、申込書提出を以ってご了承いただいたものといたします。

組 合 使 用 欄	
受 付	結 果 送 付 先