

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	⑩
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)	① X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】