

FAX : 076-269-4663 石川県予防医学協会 行

2026年度 健康診断受診者名簿

提出日 年 月 日

CG14-0001-028_⑥

団体番号	※当方記入
事業所名 ご担当者	
住所	
電話番号	FAX番号
加入健保	
保険者番号	保険証記号

必要事項をご記入の上、最初の受診日より30日前までにご提出ください。

ご希望日・時間帯が満員の場合はご変更をお願いすることもありますのでご了承ください。

※①～③をご確認ください。

①料金改定について別紙またはホームページにてご確認いただけましたか？はい、確認しました②前年度から検査項目、支払い方法等の変更はありますか？なし · あり ⇒変更点：③予約に関するご要望

例)○月～○月希望、○曜日不可、土曜日希望、1日2名等

【時間帯選択】

確定した時間帯を後日お知らせします

- A [①8:15～8:30 (胃検査ある方のみ)
②8:30～9:00 (胃検査ある方優先)
③9:00～9:30
④9:30～10:00] C [⑨13:30～14:00
⑩14:00～14:30]

- B [⑤10:00～10:30
⑥10:30～11:00
⑦11:00～11:30
⑧11:30～12:00] D [⑪14:30～15:00
⑫15:00～15:30 (平日のみ)]
※土曜日の受付は15:00まで

第2,4土曜日、日曜、祝日は休館日です。

食事制限のある検査(胃部・腹部超音波)の受付は、午前のみです。

健保補助を利用する方は、保険証番号をご記入ください

本人・家族区分	保険証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (西暦)	入社年月日 (西暦)	健診コース														その他	希望日時	
						A 定期健診 (法定)	B 雇入時健診	C 特定深業夜務健診等	E 生活習慣病健診	G 胃部	H 大腸便検査	J 子宮頸がん	K マンモグラフィ (35歳以上)	L 骨粗鬆症	M 腹部超音波	N 眼底	O 眼圧	P PSA	Q インフル予防接種	S 有特機溶有剤 ・溶剤	TUV その他の健診	
(例) 本家	10	イシカワ タロウ 石川 太郎	男	1981年12月31日	2025年4月1日				○	バリウム内視鏡					○				1.2	石綿じん肺溶接ヒューム	胸部CT 等	5/1 A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D
本家										バリウム内視鏡										石綿じん肺溶接ヒューム		A B C D

【個人情報の取り扱いについて】当協会ではISO27001(情報セキュリティマネジメント)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。

※白紙の「受診者名簿」は、当協会ホームページよりダウンロードしていただけます。