

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【東振協加入用】

提出日 年 月 日 CG14-0001-028_⑥

【お問合せ先】 TEL：076-249-7222(音声ガイダンス①)

(一財)石川県予防医学協会 業務部 担当：

H

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		

◆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：

◆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 ※昨年から変更がある方は二重線で訂正	性別	生年月日 (西暦)	入社年月日 (西暦)
(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
本・家					
本・家					
本・家					
本・家					
本・家					

健診コース					オプション										特殊健診		その他	希望日時		確定	
東振協A1	東振協A2	東振協B	東振協B1	東振協B2	胃部 ※選択	大腸便潜血	子宮頸がん	乳がん ※選択	骨粗鬆症	腹部超音波	眼底	眼圧	PSA	Loxline index	インフル予防接種	特別有機溶剤・有機溶剤 ※溶剤コードを記入	特殊 の 他 の 診	追加希望項目	受診日		時間帯 ※選択
			○		バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波								1.2	石綿じん肺溶接ヒューム	胸部CT 等	5/1	A B C D	
					バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波									石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
					バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波									石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
					バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波									石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
					バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波									石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
					バリウム内視鏡			マンモグラフィ乳房超音波									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システム)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。