

# 【令和8年度 定期健康診断申込書】

協会けんぽ以外の方は、こちらの申込書をご利用ください。  
 コースの詳細については、ホームページでご確認ください。  
 申込書確認後、ご連絡いたします。  
 予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。  
 この申込書は大阪みなと中央病院へご送付ください。(FAX:06-6573-1011)

事業所名称	担当者名
事業所所在地 〒	—
電話番号	FAX番号

健康保険組合名	保険者番号	保険者記号

支払方法	当日支払い・会社請求
------	------------

保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険 区分	健診の種類(いずれかを○で囲んでください) *内税*					健診希望月日	備考
					5,500円	11,000円	11,000円	23,100円	39,600円		
		男	昭和 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	バリウム / 胃カメラ(口・鼻)
		女	平成 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	備考:
		男	昭和 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	バリウム / 胃カメラ(口・鼻)
		女	平成 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	備考:
		男	昭和 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	バリウム / 胃カメラ(口・鼻)
		女	平成 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	備考:
		男	昭和 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	バリウム / 胃カメラ(口・鼻)
		女	平成 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	備考:
		男	昭和 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	バリウム / 胃カメラ(口・鼻)
		女	平成 年 月 日	本配	労安則 A	労安則 B	雇入	生活習慣病	自費ドック	月 日	備考:

\*オプション検査の追加のご希望があれば、備考欄へご記入ください。