



健康診断申込書

2025年度(2025年4月1日～2026年3月31日実施分)の健康診断実施について

住所	〒	TEL	
		FAX	
事業所名		担当者名	様

※担当者名は必ずご記入してください

健康診断は、当センター施設内(鹿児島市東開町)と職域(公的施設【市民会館等】や巡回検診車)で受診することができます。随時ご予約をお受けしておりますので、「健康診断のご案内」の内容をご確認の上、本申込書を郵送又はFAXにてお送りください。巡回での実施につきましては、時期によって混み合うことが予想される為、当センターより事前に日程を調整させていただきます。

受診人数	おおよそ【 】名	特殊健診や その他連絡事項	
健診コース	前回と同じコースを【希望する・希望しない】希望しない場合⇒【 】コース ※料金改定がございます。必ずパンフレットをご確認ください【 】コース		

健保の補助を利用して健診を受診される場合は、保険証情報が分かるものをご準備いただき、ご予約ください

◎実施会場について当てはまる方へ☒をご記入ください

☐ 事業所への訪問健診にて受診する (受診者数30名以上)

*昨年度と同月内のご案内となります。実施月の変更を検討されている場合は、必ずご連絡ください。
希望月によっては変更できない場合もございますので、予めご了承ください。

☐ 公民館にて受診する (3週間～1ヶ月前のご案内となります)

*昨年度の実施月より前後する場合がございます。

☐ 事前の電話連絡不要(日程・会場のご案内と受診者名簿をFAXにて送信します)

☐ ヘルスサポートセンター鹿児島(施設内)にて受診する

☐ FAXにて予約の空き状況を送付希望： 期間 _____ 月 ~ _____ 月

受診者名簿(前年度までの登録者)の添付 ☐必要 ☐不要 ※事業所様仕様の名簿の提出をお願いする場合がございます

◎オプション検査の空き状況まで必要な場合は☒をご記入ください ※料金はパンフレットをご確認ください

追加検査	☐ 胃部X線(バリウム)検査	☐ 子宮頸がん検診	☐ 協会けんぽ付加健診 (40・45・50・55・60・65・70歳)
	☐ 眼底検査	乳がん検診	
	☐ 腹部超音波検査	☐ マンモグラフィ	☐ その他オプション []
	☐ 頸部超音波検査	☐ 超音波検診	

◎受診希望月の近い事業所様より順番にご案内いたしますので、ご了承ください

ご記入の上、FAX **099-267-6594** までご送信ください