

# 健康診断申込書

岐阜県プラスチック事業健康保険組合 様

みだしのことについて下記のとおり申し込みます。

①実施人員 \_\_\_\_\_ 名

②実施人員の内

35歳・40歳以上の追加検診を受ける人 \_\_\_\_\_ 名

③実施人員の内（希望事業所のみ）

35歳未満及び36歳～39歳の追加検診を受ける人 \_\_\_\_\_ 名

④受診機関 \_\_\_\_\_

⑤受診月（予定） \_\_\_\_\_

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業所氏名

印

(注)

・受診場所が県内に2ヶ所以上ある場合は、それぞれの受診場所、人数を記入してください。

当組合では、「従業員の健康寿命の延伸」を目指して、事業所との連携（コラボヘルス）を推進し、健診結果等の情報を事業所と健保組合で共有・活用することとしていますが、本事業でのデータ共有について同意されない方がある場合は、健保組合にお申し出ください。