

神奈川運輸業健康保険組合保健センター

FAX 045-441-3279

事業所名	記号	担当者

フリガナと生年月日は正確にご記入ください

希望日 月 日	番号	フリガナ	性別		生年月日	健康診断				特殊 有機
		氏 名	男	女		A	B	C	雇用時	
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					
		-----			昭和 平成 年 月 日					

A-35歳、40歳以上(血液検査、心電図、胸部レントゲンを含む健康診断)
 B-20歳、25歳、30歳(胸部レントゲンは撮るが血液検査、心電図は行わない健康診断)
 特定業務従事者の2回目の健康診断
 C-39歳以下でB健康診断対象者以外(胸部レントゲンなし)