

## 健康診断について（ご案内）

毎日のお仕事 お疲れ様です。

2020 年度 健康診断を実施いたしますのでご案内申し上げます。

受診の日時につきましては、各派遣先企業の業務スケジュールを考慮し、派遣先ご担当者の了解を得た上で健診機関へ予約をしていただきますようお願い申し上げます。

### ■ 健診の内容（旧若年健診）

1	医師による問診
2	身体計測
3	視力 聴力
4	血圧測定
5	胸部 X 線
6	尿検査

※ 30 歳未満の方を対象とした左記の項目を受診してください。

（2021 年 3 月 31 日までに 30 歳になる方を除く）

※ 受診には 2 時間程かかります。また医療機関によって健診方法が異なる場合があります。詳しくは予約時に健診機関にお問い合わせ下さい。

※ 左記内容の支払いについて窓口で聞かれた場合は、会社へ請求するように伝えてください。

※ 左記以外の項目を受けた場合はご本人様負担でお支払ください。

### ■ 受診期間

2021 年 3 月末まで

※年度内 1 回のみ受診可能ですが、派遣契約が終了し被保険者資格が無くなると受診する事が出来なくなりますのでご注意ください。

### ■ 申込み方法

1、最寄りの健診機関・かかりつけ医院等にお問い合わせいただき受診してください。

2、『健康診断申込書』に記入して健診機関に FAX を送ってください。

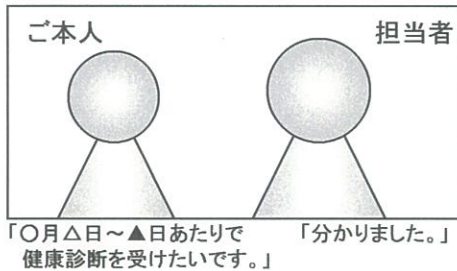
3、受診後、ご自宅に健診結果が届きます。

※ 詳細につきましては各医療機関へお問合せください。

以 上

## 健康診断の申込み方法 ※詳細につきましては各医療機関へお問合せください。

①派遣先担当者に健康診断の予定を伝えます。



〈注意〉

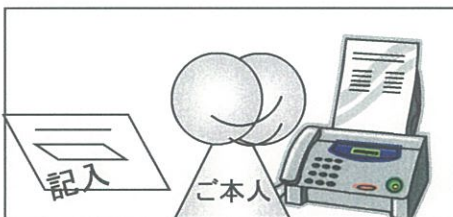
- ・受診は2021年3月末までをお願いします。
- ・健診機関によりますが、健診は受診に2～3時間かかります。
- ・派遣先企業の仕事量をふまえいつ頃なら大丈夫か、担当者に聞いておきましょう。

②健診機関を選び予約をします。基本項目の検査費用は会社が負担致します。その他の項目を受ける場合は自己負担でお支払いをお願いします。



★日程が決まったら、派遣先ご担当者へご連絡ください。

③別紙「健康診断申込書」に必要事項を記入し予約した健診機関にFAX又は郵送します。



※電話予約の際、FAXも郵送も不要と言われた方や、FAXができない方は、予約する健診機関に直接ご相談の上指示に従ってください。弊社への連絡は不要です。

④予約した健診機関にて受診します。  
記入した申込書と健康保険証(健保カード)を持参してください。

〈注意〉

- ◆受診の時間は時給は発生しません。  
当日のタイムシートには、実際に働いた時間のみをご記入ください。  
有給をお持ちの方は、有給をお使いいただけます。
- ◆基本項目のみにもかかわらず、窓口で支払を求められた場合は、アットキヤドに請求書を送付してもらうようお願いください。

⑤受診後、健診機関より健診結果が通知されます。

※再検査については通常通りの保険診療で受診してください。補助金等はございません。

年 月 日  
送付枚数 1枚

御中
(FAX    -    -    )

## 健康診断申込書

以下のとおり、健康診断の申込みをいたします。

氏名・年齢 \_\_\_\_\_ (    才)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

性 別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

受診予定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

健 診 内 容 産業機械健康保険組合 旧若年健診(法定項目)

(医師による問診、身体計測、視力・聴力、血圧測定、胸部X線、尿検査)

支 払 い 方 法 請求書による銀行振込(下記宛先へ 請求書を送付願います。)

《請求書 送付先》

株式会社アットキヤド 管理部 白川 宛

〒151-0053

東京都渋谷区代々木2-11-17

ラウンドクロス新宿7階

Tel:03-5354-7553 fax:03-5354-7573

お問い合わせは、(株)アットキヤド 管理部まで  
ご連絡いただきますよう、お願いいたします。



## 記入例

※FAX送信日をご記入下さい。

2020年 8月 2日

送付枚数 1枚

※予約した健診機関名、FAX番号をご記入下さい。

〇〇 健診センター

御中

(FAX 03 -\*\*\*\*-\*\*\*\*)

## 健康診断申込書

以下のとおり、健康診断の申込みをいたします。

氏名・年齢	アット 花子 (28才)	※ お名前と年齢をご記入下さい。
生年月日	H 4 年 * 月 ** 日	※ 生年月日をご記入下さい。
性別	男・女	※ ○をつけて下さい。
受診予定日	2020年 8月 20日	※ 予約した日をご記入下さい。
住所	〒***-**** △△市 △△町 3-6-7 △△マンション ***室	※ 住所をご記入下さい。
電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	※ 電話番号をご記入下さい。
健診内容	産業機械健康保険組合 旧若年健診(法定項目)	
支払い方法	請求書による銀行振込(下記宛先へ 請求書を送付願います。)	

<請求書 送付先>

株式会社 アットキヤド 管理グループ 白川 宛

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-11-7 ラウンドクロス新宿7階

TEL 03-5354-7553 FAX 03-5354-7573

お問い合わせは、(株)アットキヤド 管理部まで  
ご連絡いただきますよう、お願いいたします。