

記入日:

令和7年度 健康診断申込書

(2025年4月1日～2026年3月31日)



公益財団法人

栃木県保健衛生事業団

団体名

代表者名

理事長 渡邊 慶 行

所在地

TEL

FAX

担当者名

所属

Eメール

加入健保名

次のとおり健康診断を申し込みます。

健診内容	予定人数	特殊健診	がん検診	第一希望	第二希望	実施会場名	備考	
1		有	有					
2		有	有					
3		有	有					
4		有	有					
5		有	有					
6		有	有					
7		有	有					
8		有	有					
9		有	有					
10		有	有					
がん検診等実施項目	肺がん	胃がん	胃がんハイリスク	乳がん	子宮頸がん	前立腺がん	骨密度超音波	腹部超音波
特殊健診実施項目	有機溶剤	特定化学物質	鉛	電離放射線	石綿	塵肺	騒音作業	
	振動業務	有害光線業務	情報機器作業	高気圧業務	レーザー光線業務		上肢作業(引金)	
コメント								
事業所控え結果書について	法定健診(安衛法第66条1項及び安衛則43・44・45条に基づく健診)以外の健診・検査項目(がん検診など)の取扱いについて 受診者の同意を得ていますので、法定健診以外の健診・検査項目の結果通知を							

※高齢者の医療の確保に関する法律及び関連法令に基づく事業者の義務を代行し、健康診断結果について、受診者が加入されている医療保険者(健康保険組合等)に提出させていただく場合があります。

申込書は下記メールアドレス宛てに送付ください。(件名「令和7年度 申込書」)

shokuiki@tochigi-health.or.jp

記入日:

ストレスチェック申込書

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 理事長 行

会社・団体名			
代表者名			
所在地		(〒)	
連絡先	TEL		FAX
	担当部署		
	担当者名		E-Mail

次のとおりストレスチェック(SC)の実施を申し込みます。

記入上のお願

- ・該当箇所に✓を入れるか、必要事項をご記入ください。
- ・現在のところ、チェックは「紙方式」だけの対応となります
- ・実施にあたりましては、社員情報の事前提供(デジタルデータ)が必要となります。

SCコース・予定人数	Aコース	Bコース	名
調査希望時期	第1希望:	第2希望:	
実施スタイル	健康診断と同時に実施		健康診断とは別に実施
提供希望(該当箇所に✓)			
オプション	面談	フォローアップ面談	
	集団分析評価 (集計表・報告書)	簡易版	
		標準版	
		標準版+解説	
		部署別調査結果書	
	結果説明	衛生委員会	
		管理者向け説明会等	
	研修	職場改善セミナー	

【ご要望や不明な点がございましたら、お手数ですが下欄にご記入ください。】

申込書は下記メールアドレス宛てに送付ください。(件名「令和7年度 申込書」)
shokuiki@tochigi-health.or.jp

記入例

令和7年度 健康診断申込書

(2025年4月1日～2026年3月31日)



公益財団法人
栃木県保健衛生事業団

理事長 渡邊 慶 行

団体名 株式会社 ●●●●●●●●

代表者名 ●●●● ●●●●

〒 ●●●●-●●●●

所在地 栃木県●●●●市●●●●町●●●●丁目●●●●

TEL ●●●●-●●●●-●●●● FAX ●●●●-●●●●-●●●●

担当者名 ●●●● ●●●● 所属 ●●●●課

Eメール ●●●●●●●●@●●●●.●●●●.jp

加入健保名 ●●●●●●●●健康保険組合

該当の健診内容をリストから選択してください。

次のとおり健康診断を申し込みます。

健診内容	予定人数	特殊健診	がん検診	第一希望	第二希望	実施会場名	備考
1 一般健康診断	100	<input checked="" type="checkbox"/>	有	●月中	●月の▲曜日	同上	
2 特定業務従事者健康診断		<input type="checkbox"/>	有				
3 施設利用者健康診断		<input type="checkbox"/>	有				
4 施設利用者+職員健康診断		<input type="checkbox"/>	有				
5 単独検診 (がん)		<input type="checkbox"/>	有				
6 単独検診 (血圧・尿・心電図)		<input type="checkbox"/>	有				
7 単独検診 (特殊健康診断)		<input type="checkbox"/>	有				
8		<input type="checkbox"/>	有				
9		<input type="checkbox"/>	有				
10		<input type="checkbox"/>	有				

同時実施の場合
チェックを入れてください。

昨年からの変更点や、その他健診毎の特記事項がある場合は記入してください。

実施する項目に
チェックを入れてください。

がん検診等実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 胃がんハイリスク	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 骨密度超音波	<input type="checkbox"/> 腹部超音波
特殊健診実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 有機溶剤	<input type="checkbox"/> 特定化学物質	<input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> 電離放射線	<input type="checkbox"/> 石綿	<input type="checkbox"/> 塵肺	<input type="checkbox"/> 騒音作業	<input type="checkbox"/> 振動業務
	<input type="checkbox"/> 振動業務	<input type="checkbox"/> 有害光線業務	<input type="checkbox"/> 情報機器作業	<input type="checkbox"/> 高圧業務	<input type="checkbox"/> レーザー光線業務	<input checked="" type="checkbox"/> 上肢作業(引金)		

昨年からの変更点や、その他特記事項がある場合は記入してください。

事業所控え結果書について

法定健診(安衛法第66条1項及び安衛則43・44・45条に基づく健診)以外の健診・検査項目(がん検診など)の取扱いについて
受診者の同意を得ていますので、法定健診以外の健診・検査項目の結果通知を

希望します
希望しません

必須項目です。
該当するものを選択してください。

※高齢者の医療の確保に関する法律及び関連法令等に基づき、結果通知について、受診者が加入されている医療保険者(健康保険組合等)に提出させていただく場合があります。

申込書は下記メールアドレス宛てに送付ください。(件名「令和7年度 申込書」)
shokuiki@tochigi-health.or.jp

記入日: ●●●●/●●/●●

記入例

ストレスチェック申込書

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 理事長 伊

会社・団体名	株式会社 ●●●●●●●●		
代表者名	●●●● ●●●●		
所在地	(〒 ●●●●-●●●●) 栃木県●●●●市●●●●町●●●●丁目●●		
連絡先	TEL	●●●●-●●●●-●●●●	FAX ●●●●-●●●●-●●●●
	担当部署	●●●●課	
	担当者名	●●●● ●●●●	E-Mail ●●●●●●●●@●●●●.●●●●.jp

次のとおりストレスチェック(SC)の実施を申し込みます。

記入上のお願

- ・該当箇所○で用いた必要事項をご記入ください。
- ・現 実施するコースにチェック だけの対応となります
- ・実 を入れてください。 の事前提供(デジタルデータ)が必要となります。

SCコース・予定人数	<input checked="" type="checkbox"/> Aコース	<input type="checkbox"/> Bコース	100 名
調査希望時期	第1希望:		第2希望:
実施スタイル	健康診断と同時に実施		健康診断とは別に実施

オプション	面談	フォローアップ面談	<input checked="" type="checkbox"/>	提供希望(該当箇所に✓)
	集団分析評価 (集計表・報告書)	簡易版	<input type="checkbox"/>	
		標準版	<input type="checkbox"/>	
		標準版+解説	<input checked="" type="checkbox"/>	
		部署別調査結果書	<input type="checkbox"/>	部署
	結果説明	衛生委員会	<input type="checkbox"/>	
		管理者向け説明会等	<input checked="" type="checkbox"/>	
	研修	職場改善セミナー	<input type="checkbox"/>	

【ご要望や不明な点がございましたら、お手数ですが下欄にご記入ください。】

申込書は下記メールアドレス宛てに送付ください。(件名「令和7年度 申込書」)
shokuiki@tochigi-health.or.jp