

2023年度 健康診断 申込書

事業所名				
住所	〒 -			
電話番号		FAX番号		
担当者	様	受診人数	合計	名

お申し込みはFAXで
お願いいたします。
FAX
055-981-2778

お申し込みのFAXを確認後、
担当からご連絡させていただきます。

健診 実施期間	月頃	1日の最大 実施人数	1日	人	除外する曜日が あればご記入ください
------------	----	---------------	----	---	-----------------------

希望する健診コースに人数と胃部検査がある場合は内訳をご記入ください ※健診コースについての詳細は別紙をご覧ください

コース	人数	胃カメラ			バリウム	胃部検査 なし
		経鼻	経口	細径管 で経口		
深夜業	名	×	×	×	×	×
Bコース	名	×	×	×	×	×
Cコース	名	ご希望の方はオプション検査でお申し込み下さい				
Dコース	名	名	名	名	名	名

コース	人数	胃カメラ			バリウム	胃部検査 なし
		経鼻	経口	細径管 で経口		
協会けんぽ 一般健診	名	名	名	名	名	名
協会けんぽ 付加健診	名	名	名	名	名	名
↓ 協会けんぽ加入者本人 (35~74歳【40・50歳を除く】) ↓						
協会けんぽ 付加 同内容	名	名	名	名	名	名

※ 胃部検査のご希望は必ずご本人にご確認の上、ご記入ください。

※ 鼻からの胃カメラや細径管をご希望の場合は各事業所1日1名様のみとなっております。ご希望する日程で実施ができない場合があります。

※ バリウム検査は体重が90kgを超えている方、胃の手術をしている方、70歳以上の方は検査が出来ない場合があります。事前にお問い合わせ下さい。

【 その他健診 】			
じん肺 健診	アスベスト 健診	有機 溶剤	[]
名	名	名	名

【 オプション検査 】						
じん肺	アスベスト	胃カメラ			バリウム	[]
		経鼻	経口	細径管 で経口		
名	名	名	名	名	名	

※その他の健診コースの場合どのような健診かご記入ください ()

問診票・検査容器 送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> その他 []
健康診断結果報告書	<input checked="" type="checkbox"/> 本人用 → ご自宅へ郵送となります
会社控え	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → 健康診断結果報告書【控】依頼書のご提出をお願いします
※ 健康診断結果報告書の再発行について・・・再発行は、ご本人用結果報告書となります。その際は手数料2,750円（税込み）がかかります。 ※ お渡しは原則ご本人様が窓口に来院していただきます。他の方がお受け取りになるには当院書式の委任状が必要になります。	
【9名様以下】 支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口精算 <input type="checkbox"/> 領収書不要 <input type="checkbox"/> 領収書必要 → <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 上記事業所名 <input type="checkbox"/> 他 []
【10名様以上】 請求 支払方法	<input type="checkbox"/> 後日請求 → 月末締め翌月10日までに発行となります。 <input type="checkbox"/> 請求書郵送先 → <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 他 [] <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 後日窓口支払

※ ※ ご予約に関するお問い合わせは、三島共立病院 直通 055-975-9322にご連絡ください。 ※ ※

病院 記入欄	受領	仮予約	予約	発送	企業コード
	日付	日付	日付	日付	