

健康診断事業所確認書

この度は健康診断のご予約を賜り、誠にありがとうございます。早速ではございますが、お申込みに当たり、何点か確認させて頂きたい内容がございます。また受診時における確認事項について、お手数ですがご回答ご署名の上、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

基本情報

フリガナ					
事業所名					
住所	〒 -				
TEL			ご担当者 (部署名)		
FAX					
ご加入 健康保険	健康保険組合				
お支払 方法	健康診断	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 事業所請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他 ※1
	オプション	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 事業所請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他 ※1
	2次検査 (再・精密検査)	<input type="checkbox"/> 保険使用(3割)	<input type="checkbox"/> 事業所請求(10割)	<input type="checkbox"/> 健保請求	<input type="checkbox"/> その他 ※1

★お支払い方法が重複する場合、該当する“”欄に全てチェックをお入れ下さい。 ※1 その他の場合、余白部分へご記入下さい。

結果事業所控え	<input type="checkbox"/> 全項目※1	<input type="checkbox"/> 法定項目のみ	<input type="checkbox"/> 必要なし
---------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

※1 結果事業所控えで全項目が必要な場合、受診者全員の承諾が必要となります。

上記以外のご住所（支社・支店などへ発送のご指定がある場合にご記入下さい）

住所	〒 -				
TEL			ご担当者 (部署名)		
FAX					

御社名 _____

ご確認者署名 _____

ご署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日



医療法人社団赤坂記念小湊会

メディカルスクエア赤坂
MEDICAL SQUARE AKASAKA

TEL : 03-3585-0365

FAX : 03-3585-0366

E-MAIL : info@ms-akasaka.com

URL : www.ms-akasaka.com