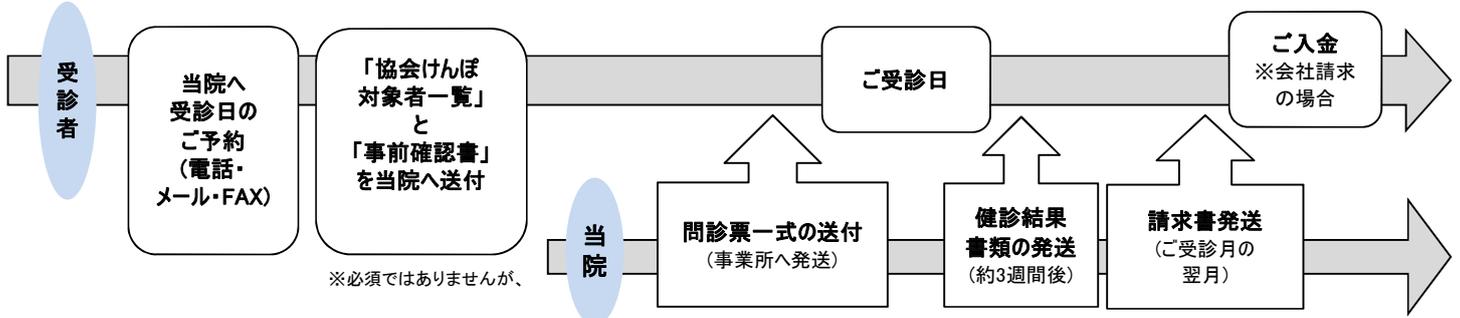


健康診断事前確認書

ご担当者様

この度は当院にて健康診断のご予約を賜り、誠にありがとうございます。
ご受診につきまして確認事項がございますので、お手数ですがご回答・ご署名のうえ、上記FAX番号までご返信くださいますようお願い申し上げます。

協会けんぽの受診申込みからご請求までの流れ



A: ご請求について ※該当する□欄にチェックをお入れください。

基本健診	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他()	
オプション	協会けんぽ対象	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他()
	その他	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払	<input type="checkbox"/> その他()
再検査 (当院でご受診希望の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人保険使用(3割負担) ※保険を使用せずに会社請求(全額10割負担)ご希望の場合は、お申し出ください。			

B: 基本情報について

①基本発送先・ご連絡先

フリガナ			
会社名			
住所	〒 -		
TEL		部署名	
FAX		ご担当者名	
E-mail			

②基本住所以外に、発送をご希望でしたらご記入ください。 ※個人宅宛には原則ご送付致しかねますので、ご了承ください。

住所	〒		
TEL		部署名	
FAX		ご担当者名	

C: 書類送付先について ※上記、①(基本発送先)または②(基本住所以外)の、いずれかの□欄にチェックをお入れください。

問診票	<input type="checkbox"/> 基本発送先	<input type="checkbox"/> 基本住所以外
健診結果表	<input type="checkbox"/> 基本発送先	<input type="checkbox"/> 基本住所以外
請求書	<input type="checkbox"/> 基本発送先	<input type="checkbox"/> 基本住所以外

D: 事業所用の健診結果控え

<input type="checkbox"/> 希望しない			
<input type="checkbox"/> 希望する	どちらかご選択くださいー <input type="checkbox"/> 法定項目のみ記載 (労基署が定めている項目) ※当院へ法定項目依頼書の提出が必要です。		
※同意書有	<input type="checkbox"/> 全項目記載 ※全項目ご希望の場合、受診者全員の承諾をいただき、当院へ同意書の提出が必要です。		