

健康診断申込書(事業所用)

①基本情報

フリガナ			
事業所名			
住所	〒 -		
ご連絡先	TEL	FAX	
部署名/ご担当者名		ご加入の健康保険組合名	健康保険組合

②お支払い方法 ※お支払いが重複する場合、該当する□欄に全てチェックをお入れください。

基本健診	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 事業所請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い	<input type="checkbox"/> その他()
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"/> 当日窓口支払い	<input type="checkbox"/> その他()
再精密検査	<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。 ※健康保険組合の契約によっては、全額健保請求となる場合がございます。			

④受診者情報

保険証 記号		↓※ご加入の健康保険組合により、コースは異なります。						
保険証番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	コース	希望受診日			ご希望のオプション
					第1希望	第2希望	第3希望	
記入例 14	アカサカ ヤスコ	男	昭・平	健康診断 3コース	4/02 9:30	4/02 9:30	4/02 9:30	子宮頸がん検査 乳腺触診・マンモ
	赤坂 康子	女	52年 4月 17日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					
		男・女	昭・平 年 月 日					

※その他ご要望がございましたらご記入ください。

--