

定期健康診断申込書(企業様健診用)

お申込み年月日： 平成 年 月 日

下記のお申込用紙に必要事項を記載されご確認の上、郵送またはFAXにてお申し込みください。 後ほど、当院よりご連絡を差し上げます。

御社ご記入欄			
企業・事業所名			
住所・所在地		〒	
事前書類・ 健診結果送付先			
健康保険	健康保険名称		
	保険者番号		
電話番号・ファックス	☎		☎
御担当課担当者様氏名			

1. 受診希望日、時期をご記入願います

- 第1希望 平成 年 月 日 曜日～ 月 日 曜日
- 第2希望 平成 年 月 日 曜日～ 月 日 曜日

2. ご希望のコース・受診対象者の予定人数を教えてください。

	受診予定者数
<input type="radio"/> 労働安全衛生法に基づく定期健康診断(労働安全衛生規則44条・45条等)	名
<input type="radio"/> 入社時・雇入れ健康診断(労働安全衛生規則43条)	名
<input type="radio"/> 協会けんぽの生活習慣病予防健診(35歳以上の被保険者が対象です。)	名
上記の健診受診予定者合計数	名

※ 生活習慣病予防健診は事前に検診日の打ち合わせが必要となります。
全国健康保険協会に提出する際に申込書・名簿のコピーを当院へもお送りください。

3. 女性の方で、乳がん検診・子宮頸がん検診等の婦人科健診を希望されますか？

<input type="radio"/> 乳がん検診	名	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診	名
-----------------------------	---	-------------------------------	---

4. お支払方法について

<input type="radio"/> 請求書送付	<input type="checkbox"/> ひと月分ごとに	<input type="checkbox"/> 全員分まとめて最後に
<input type="radio"/> 受診者による受付での支払い	<input type="radio"/> その他	

※請求書は、御社へ結果報告書とともに送りいたします。
個人でのお支払いはご相談ください。

5. 結果送付時期について

<input type="radio"/> 全員分が揃ってから	<input type="radio"/> 月ごとに分けて	<input type="radio"/> ご希望
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

6. 結果送付先について

<input type="radio"/> 御社へ	<input type="radio"/> 労働者様個人へ
<input type="radio"/> その他ご希望がある場合～	

※ 労働者様個人へ、健診結果の郵送をご希望の場合はご相談ください。

7. その他、ご希望等がございましたらご記入ください。

--