

健康診断申込書

受付会場 目黒 / 秋葉原 / アネックス

健康保険組合名

事業所名	TEL :
所在地 〒	FAX :
担当者名	事業所(保険証)記号 :

<p>請求方法</p> <p>基本コース : 窓口支払 / 会社請求</p> <p>オプション : 窓口支払 / 健保補助対象のみ会社請求 / 全て会社請求</p> <p>請求書送付先 〒 ※上記所在地及びご担当者様と異なる場合はご記入ください。</p>	<p>送付物送付先</p> <p>問診表・検査キット : 会社担当 () 様宛 / 会社本人 / 自宅 / その他 ※上記所在地と異なる場合 ⇒</p> <p>結果報告書 : 会社担当 () 様宛 / 会社本人 / 自宅 / その他 ※上記所在地と異なる場合 ⇒</p>
---	---

希望日①	時間	希望日②	時間	健診コース	氏名	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	保険証番号	保険証区分	オプション検査・特記事項等
1										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
2										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
3										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
4										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
5										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
6										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
7										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
8										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
9										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	
10										1. 本人 2. 家族(配・扶) 3. 未加入	

※事前に問診表・検体容器を送付いたしますので、健診希望日は約2～3週間後にして下さいます様お願い申し上げます。

※この用紙は指定ではないので独自のものがあればそちらでも結構です。

※オプション検査をご希望の方は、項目とお支払い方法(自己負担または会社負担)について備考にご記入下さい。

健康診断申込書

受付会場 目黒 / 秋葉原 / アネックス

健康保険組合名 〇〇健康保険組合

事業所名 <u>〇〇株式会社</u>	TEL : 12-3456-7890
所在地 〒999-9999 <u>〇〇県△△市□□町5-22-33</u>	FAX : 12-3456-7891
担当者名 <u>健診 太郎</u>	事業所(保険証)記号 : 12345

【入力例】

<p>請求方法</p> <p>基本コース : <u>窓口支払</u> / <u>会社請求</u></p> <p>オプション : <u>窓口支払</u> / 健保補助対象のみ会社請求 / 全て会社請求</p> <p>請求書送付先 ※上記所在地及びご担当者様と異なる場合はご記入ください。 〒999-9999 <u>〇〇県△△市□□町5-22-33</u> 健康 <u>華子宛</u></p>	<p>送付物送付先</p> <p>問診表・検査キット : 会社担当 (<u>健診</u>) 様宛 / 会社本人 / 自宅 / <u>その他</u> ※上記所在地と異なる場合 ⇒ 〒999-9999 <u>〇〇県△△市□□町1-2-3</u></p> <p>結果報告書 : 会社担当 (<u>健診</u>) 様宛 / 会社本人 / 自宅 / <u>その他</u> ※上記所在地と異なる場合 ⇒ 〒999-9999 <u>〇〇県△△市□□町1-2-3</u></p>
--	---

希望日①	時間	希望日②	時間	健診コース	氏名	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	保険証番号	保険証区分	オプション検査・特記事項等
1	12月12日 10:00	12月25日 10:00	10:00	生活習慣病健診	健診 太郎	ケンジン タロウ	男	1987/06/28	1000000	1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	胃カメラ検査 PSA
2	12月12日 10:00	12月25日 10:00	10:00	定期健診B	健康 華子	ケンコウ ハコ	女	1987/06/28	1000001	1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	子宮頸がん検査 マンモグラフィ
3										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
4										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
5										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
6										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
7										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
8										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
9										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	
10										1.本人 2.家族(配・扶) 3.未加入	

※事前に問診表・検体容器を送付いたしますので、健診希望日は約2～3週間後にして下さいませお願い申し上げます。

※この用紙は指定ではないので独自のものがあればそちらでも結構です。

※オプション検査をご希望の方は、項目とお支払い方法(自己負担または会社負担)について備考にご記入下さい。