

2024年度 健康診断申込書（企業様健診用）

必要事項を記載・ご確認の上、予約申込シートと一緒にFAXにてお申込み下さい。

フリガナ	カブシキガイシャ ●●		
企業・事業所名	株式会社 ●●		
住所・所在地	〒 466-0842	愛知県名古屋市昭和区檀溪通5-26	
電話番号・FAX番号	TEL 052-831-2211	FAX	052-831-2250
保険証の種類	全国健康保険組合（協会けんぽ）		
フリガナ	イツキ タロウ		
ご担当者様氏名	樹 太郎		

事前書類・健診結果送付先 ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入下さい。

住所	〒		
電話番号		フリガナ	
		ご担当者様氏名	

【お支払い・健診結果について（該当する方法に○印をご入力下さい）】

支払方法	-	本人請求	【窓口請求】	※ 健診当日、まれに保険診療（処方・追加検査等）が発生する場合があります。保険診療分は、当日ご本人様に請求とさせていただきます。ご了承下さい。
	-	会社請求（ひと月分ごとに）	【振込】	
	○	会社請求（全員終了次第）	【振込】	

○当院ではご希望に応じて事業主様用の健診結果をご用意しております。

健診結果 （貴社控え用）	-	不要	※ 必要な場合、必ず受診者様の了承を得て下さい。
	○	必要	

※ 必要な場合は請求書作成後、請求書と同封させていただきます。個人用結果と送付時期がずれる場合がありますのでご了承下さい。
貴社控え用の結果をお急ぎの場合はご連絡下さい。窓口にて支払が終了している場合は、個人用結果と一緒に郵送させていただきます。

個人用健診結果 送付先	-	個人宛（ご自宅）	※ 結果作成に2週間かかります。出来次第郵送致します。
	○	貴社	

○お支払い方法についてご選択下さい。

定期健康診断	補助対象者	会社請求
	補助対象外	会社請求
上記以外の追加オプション検査 （腫瘍マーカー・エコー・ドック追加など）		本人請求

・その他、ご希望・ご要望があればこちらにご記入下さい。（例：保険診療も会社請求 等）