

健康診断予約申し込みシート

令和 年 月 日

下記の通り申し込みします

フリガナ
事業所名

〒 -
事業所所在地

フリガナ TEL - -
担当者氏名 FAX - -

1. 健診コース（健診項目）について

★下記から希望コースをお選び下さい（詳しい内容はホームページのコース一覧より確認ください）

| ○印 | コース | 料金(税込) | 内容 |
|----|----------------------------|--------|---|
| | T2:定期健診 2 | 7,200 | 法定項目（労働安全衛生法44条）の内容を含む健康診断 雇入れ時健診も同内容になります |
| | T5:定期健診 5 | 6,300 | 特定業務従事者 深夜業・年2回健診 |
| | A1:協会けんぽ 生活習慣病予防健診 | 7,169 | 協会けんぽ加入 被保険者35歳～74歳の方 |
| | A2:協会けんぽ 一般健診+付加健診 | 11,971 | 協会けんぽ加入 被保険者 40歳・50歳の方 |
| | B1:一般健診 (協会けんぽ以外の方) | 18,900 | 協会けんぽの生活習慣病予防健診と同内容 |
| | B2:日帰り人間ドック | 26,000 | 当センター独自の充実した内容 |
| | 上記に該当しない | | ご指定の検査項目をFAXなどでお知らせください |

2. 書類関係及びお支払方法について（該当箇所に○をつけてください）

| | | |
|--------------|----------------------------|------------------------------|
| 問診票 送付先 | 事業所 ・ その他 | |
| 結果票 送付先 | 事業所 ・ その他 | |
| 結果票事業所控 送付先 | 事業所 ・ その他 ・ 不要 | |
| 健診結果データ必要の有無 | 不要 ・ 必要（XML・CSV）別途料金がかかります | |
| お支払方法 | 窓口支払 (現金のみ) | 【領収名】 会社名 ・ 会社名と個人名 ・ 個人名 |
| | 会社請求 (月末締め) | 【請求書送付先】 事業所 ・ その他 |

『その他』についてはこちらに詳細をご記入ください

※ご記入された予約シートはFAXにてお送りください FAX : 097-547-1289

確認後、近日中にこちらからご連絡をいたします。

1週間を過ぎても連絡のない場合は、お手数ですが当センターまでご連絡をお願いします。

※健診のご希望日につきましては、事前準備の関係上、余裕をもってご予約下さいますようお願い致します。

 医療法人社団 三杏会 おおいた健康管理センター

〒870-0844 大分市古国府6丁目1-30 TEL : 097-547-1111 FAX : 097-547-1289