

# 健康診断予約申し込みシート

令和 年 月 日

下記の通り申込みします

フリガナ カブシキガイシャ マルマルショウジ オオイトシテン

事業所名 株式会社 ○○商事 大分支店

〒 870-0844

事業所所在地 大分市古国府○丁目○-○

フリガナ カンジ 知

担当者氏名 健康 太郎

TEL ●●●● - ●●●● - ●●●●●●

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
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	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F A X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○をつけてください）

問診票 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所	・	<input type="radio"/> その他
結果票 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所	・	<input type="radio"/> その他
結果票事業所控 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所	・	<input type="radio"/> その他
健診結果データ必要の有無	<input checked="" type="radio"/> 不要	・	<input type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 会社請求 (月末締め)	【請求書送付先】	事業所 <input checked="" type="radio"/> 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

請求書は、本社へ（〒●●●●-●●●● 福岡市博多区●●●● TEL●●●●-●●●●-●●●●）  
オプション追加分、胃カメラ差額代は本人負担になります

※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