

健康診断予約申し込みシート 記入例

令和 年 月 日

下記の通り申し込みます

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

〒 870-0000

事業所所在地 大分市古国府○丁目○-○

フリガナ カンシ 知

TEL ●●● - ●●● - ●●●●

担当者氏名 健診 太郎

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	8,200	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 深夜業2回目もこちらです
<input type="radio"/>	A1:協会けんぽ生活習慣病予防健診	5,282	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	7,971	協会けんぽ加入 被保険者40・45・50・55・60・65・70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	30,000	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	
請求書 送付先	<input type="radio"/> 事業所	・ <input checked="" 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 ・ <input type="radio"/> 不要	
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 請求は月末締めになります	・基本健診	<input checked="" type="radio"/> 請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※	
	・付加健診	協会補助対象（40・45・50・55・60・65・70歳）	<input checked="" type="radio"/> 請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※
		オプション付加健診	請求 ・ 窓口支払※
	・胃カメラ（差額2,200円）	請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※	
	・乳がん 子宮頸がん	協会補助対象（偶数年度）	<input checked="" type="radio"/> 請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※
		オプション乳がん・子宮頸がん健診	請求 ・ 窓口支払※
		触診（差額2,100円）	請求 ・ 窓口支払※
・大分市がん検診（健康手帳利用）	請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※		
・オプション項目全般	請求 ・ <input checked="" type="radio"/> 窓口支払※		

『その他』についてはこちらに詳細をご記入ください ※窓口支払の領収宛名（ 個人名）会社名・会社と個人）
請求書は、本社へ
(〒●●●●-●●●● 福岡市博多区●●●● TEL●●●●-●●●●-●●●●)

※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せ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