

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ます

フリガナ
事業所名

〒

事業所所在地

フリガナ

担当者氏名

TEL

FAX

-

-

1. 健診コース（健診項目）について

（別紙「名簿」の「コース欄」に下記コースをご記入し、「備考欄」に追加オプション等をご記入ください）

★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ご確認ください）

○印	コース	健診名	料金(税込)	内容
	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
	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（太字の該当箇所すべてに○をつけてください）

問診票 送付先	事業所（上記住所） ・ 自宅（各自） ・ その他		
結果票 送付先	事業所（上記住所） ・ 自宅（各自） ・ その他		
請求書 送付先	事業所（上記住所） ・ その他		
結果票事業所控 送付先 <small>（R7年度より 窓口支払の場合は対応不可）</small>	事業所（上記住所） ・ 不要 ・ その他		
健診結果データ必要の有無	不要 ・ 必要（XMLのみ）別途料金がかかります		
お支払方法	基本健診		請求 ・ 窓口支払※
	付加健診	協会補助対象（40・45・50・55・60・65・70歳）	請求 ・ 窓口支払※
		オプション付加健診	請求 ・ 窓口支払※
	胃カメラ（麻酔代2,200円）※R7年度より胃カメラが途中で中止になった場合でも麻酔代はいただきます		請求 ・ 窓口支払※
	乳がん 子宮頸がん	協会補助対象（偶数年度）	請求 ・ 窓口支払※
		オプション乳がん・子宮頸がん検診	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 ・ 窓口支払※	
オプション項目全般		請求 ・ 窓口支払※	

【備考】送付先『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）

※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

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 オオイトアセン

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 ケンシ 太郎
担当者氏名 健診 太郎

TEL ●●● - ●●● - ●●●●
FAX ▲▲▲ - ▲▲▲ - ▲▲▲▲

1. 健診コース（健診項目）について

(別紙「名簿」の「コース欄」に下記コースをご記入し、「備考欄」に追加オプション等をご記入ください)

★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ご確認ください）

○印	コース	健診名	料金(税込)	内容
<input checked="" 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 checked="" 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（太字の該当箇所すべてに○をつけてください）

問診票 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所（上記住所）	<input type="radio"/> 自宅（各自）	<input type="radio"/> その他		
結果票 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所（上記住所）	<input type="radio"/> 自宅（各自）	<input type="radio"/> その他		
請求書 送付先	<input checked="" type="radio"/> 事業所（上記住所）	<input type="radio"/> その他			
結果票事業所控 送付先 (R7年度より 窓口支払の場合は対応不可)	<input checked="" type="radio"/> 事業所（上記住所）	<input type="radio"/> 不要	<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のみ）	別途料金がかかります		
お支払方法	・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	<input type="radio"/> 請求	<input type="radio"/> 窓口支払※	
	・胃カメラ(麻酔代2,200円)※R7年度より胃カメラが途中で中止になった場合でも麻酔代はいただきます	<input type="radio"/> 請求	<input checked="" type="radio"/> 窓口支払※		
	請求は月末締め になります	・乳がん	協会補助対象（偶数年度）	<input checked="" type="radio"/> 請求	<input checked="" type="radio"/> 窓口支払※
		子宮頸がん	オプション乳がん・子宮頸がん検診	<input type="radio"/> 請求	<input type="radio"/> 窓口支払※
			触診（差額2,100円）	<input type="radio"/> 請求	<input type="radio"/> 窓口支払※
・大分市がん検診（健康手帳利用）	<input type="radio"/> 請求	<input checked="" type="radio"/> 窓口支払※			
・オプション項目全般	<input type="radio"/> 請求	<input checked="" type="radio"/> 窓口支払※			

【備考】送付先「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