

事業所情報送付票

- ・必ず一度お電話で予約の空き状況をご確認後、メールまたはFAXを送信してください。
- ・各コース健診申込書と一緒に送信してください。
- ・健診の詳細は当院HPをご覧ください。

▽事業所情報

日付 年 月 日

事業所名	(フリガナ)																					
住所	〒																					
担当者名	(フリガナ)					電話番号(必須)			:													
						FAX番号(必須)			:													
						メールアドレス			:													
保険者番号 (必須)												記号 (必須)										

↑ここには事業所の保険者番号を記入してください。

▽ご希望のコースの人数をご記入ください

コース名	料金 (税込)	人数
法定健診	¥7,700	
協会けんぽ一般健診(胃カメラ使用) ※ご家族(扶養者)は利用不可	¥8,282	
協会けんぽ付加健診(胃カメラ使用) ※ご家族(扶養者)は利用不可	¥10,971	
人間ドック	¥25,200	
人間ドック(協会けんぽ補助有)	※要問合せ	

その他オプション名	人数

※協会けんぽの婦人科健診オプションは総合保健センターでの健診となります。

▽お支払い方法

振込
 窓口一括払(当日/後日)
 窓口個人払(当日のみ)

▽事前送付物送付先(協会けんぽ一般健診・人間ドック・胃がん大腸がん検診)

上記と同じ
 〒 _____

▽請求書送付先

上記と同じ
 〒 _____

▽健康診断結果送付先(事業所様分、個人配布分すべて同一の場所へ送付いたします。)

上記と同じ
 〒 _____

▽その他ご記入ください

※ご記入漏れがないか確認後送信してください。