

健康診断申込書

電話受付時間
 月～金 9:00～16:30
 土 9:00～12:00

メール kenshin@hch.coop
 電話番号 (直通) 082-292-3215
 FAX番号 082-292-3225

別紙の「健康診断申込者名簿」と一緒にお申し込みください

請求先と結果の送付先は
 同じ住所とさせていただきます。

申込者	A	事業所名	担当者名
		住所 〒	
		電話番号	FAX番号
案内送付先	<input checked="" type="checkbox"/> Aに送付 <input type="checkbox"/> A以外→Bにご記入ください <input type="checkbox"/> 自宅		
	B	事業所名	担当者名
		住所 〒	
電話番号		FAX番号	

コース料金	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い →結果送付は自宅となります オプションも当日支払いとなります
	<input type="checkbox"/> A事業所へ後日請求 →結果送付もA事業所となります (振込手数料については貴社にてご負担ください)
	<input type="checkbox"/> B事業所へ後日請求 →結果送付もB事業所となります (振込手数料については貴社にてご負担ください)
会社控え	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 連名簿 連名で法定健診結果と総合判定を記載 無料 <input type="checkbox"/> 健診結果表 本人用と同じ書式 紙媒体/110円

オプションなどの支払い	胃カメラへの変更差額代 (3,300円税込み)	協会補助オプションの請求先※1	その他オプションの請求先
	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 事業所へ請求 <small>※病理組織検査 (医師の判断による) を行った場合 保険診療となります。 その際、事業所請求は出来ません。 (当日会計窓口でご本人にお支払いいただきます。)</small>	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 事業所へすべて請求 <input type="checkbox"/> 一部事業所支払い <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 協会肝炎 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 事業所へ請求

※1 一般健診、節目健診、若年層健診が対象コースとなります。

○協会人間ドックのオプションについては、請求先を複数に分けることは出来ません。

その他伝達事項