

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

申込者	A	事業所名 株式会社 福島	担当者名 福島 花子	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
		住所 〒 733-0024 西区福島町1-24-7			<input checked="" 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)
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				<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)
	事業所名	担当者名			<input type="checkbox"/> 希望なし <input checked="" 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

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。

付加健診は今年度から節目健診となり、オプションではなくコースとなりました。

申込者の住所と案内送付の住所が異なる場合は、AとBで記載を分けていただきます。

いずれかをお選びください

オプション検査	胃カメラへの変更差額代(3300円税込み)	協会補助オプション	オプションの請求先	※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。 ○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。
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部事業所支払い <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 事業所へ請求	

領収書名など伝達事項がありましたらこちらにお願い致します。

当日支払いか事業所へ請求のどちらかのみとなります。

その他伝達事項

請求書名は会社名で