

健康診断申込書

別紙の「健康診断申込者名簿」と一緒にお申し込み下さい

事業所記号()

| | | | | |
|------------------|--------------------------------|-------|-------|--|
| 案内送付先 (問診票など) | A | 事業所名 | 担当者氏名 | 〒733-0024 広島県広島市西区福島町1丁目24-7 福島生協病院 健診センター 担当 電話(直通)(082) 292-3215 (代表) (082) 292-3171 FAX(直通)(082) 292-3225 電話受付時間 月～金 8:30～16:30 土 8:30～12:00 |
| | | 住所 〒 | | |
| | 電話番号 | FAX番号 | | |
| | 上記以外の事業所へ送付の場合、下記にご住所をご記入ください。 | | | |
| B | 事業所名 | 担当者氏名 | | |
| | 住所 〒 | | | |
| | | | | |

| | | |
|-------------|--|---|
| お支払方法・結果送付先 | お支払い方法によって健診結果送付先が決定されます。 | |
| | 1. 当日払い | → 各受健者様のご自宅に送付 |
| | 2. 案内送付先 A 事業所へ後日請求 | → A 事業所へ請求書と一緒に送付 (振込手数料については貴社にてご負担ください) |
| | 3. 案内送付先 B 事業所へ後日請求 | → 健診結果送付先に☑して下さい。 (振込手数料については貴社にてご負担ください) |
| | [結果送付先] <input type="checkbox"/> A 事業所 <input type="checkbox"/> B 事業所 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | [コピー送付先] <input type="checkbox"/> A 事業所 <input type="checkbox"/> B 事業所 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 【事業所控用結果コピー】 ※コピー料金として、1部につき10円税込が必要です。(コピー料金のお支払いについては、上にご記入いただいた健診料金のお支払方法と同様とさせていただきます。) | |
| | 1. 必要 (健診結果と一緒に送付いたします。) | 2. 不要 |

| | | |
|---|--|---------|
| オプション検査等のお支払方法 | 【協会けんぽ 胃カメラ変更差額代】(2,000円税込) | |
| | 1. 事業所へ請求 | 2. 当日払い |
| | ※病理組織検査(医師の判断による)を行った場合、今年度より保険診療となります。 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)。 | |
| | 【オプション検査の請求先】 ※広島市がん受診券をご利用の場合は当日のお支払いとなります。 | |
| 1. 全て事業所へ請求 | | |
| 2. 一部のみ事業所へ請求 → 事業所請求となるオプションに☑して下さい。他は当日払いとさせていただきます。 | | |
| <input type="checkbox"/> 協会けんぽ対象 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ以外のオプション <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他のオプション | | |
| 3. 全て当日払い (協会けんぽの乳がん・子宮がん・付加健診も全て) | | |

請求方法が上記に当てはまらない場合や、その他伝達事項がございましたら、こちらに詳しくご記入下さい。