

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	株式会社 福島	担当者氏名	福島 けい子	〒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
		住所	〒733-0023 広島市西区都町42-7			
		電話番号	082-292-3215	FAX番号	082-292-3225	電話(直通) (082) 292-3215
	B	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。				(代表) (082) 292-3171
		事業所名		担当者氏名		FAX(直通) (082) 292-3225
		住所				電話受付時間 月～金 8:30～16:30 土 8:30～12:00

健診のご案内送付先についてAまたはBにご記入ください。

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) 事業所様用 健診結果の控(コピー)の有無について1番または2番のどちらかをご選択下さい。
	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	※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)
	2. 当日払い	胃カメラのご希望場合は差額代のお支払いについて1番または2番のどちらかをご選択下さい。
	【オプション検査の請求先】	オプション検査のお支払方法を1番～3番の中からご選択下さい。
	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。 2番を選択された場合は、事業所に請求するオプション検査に☑して下さい。
	協会けんぽ対象	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん
	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。