

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 |

| | | |
|-------------|---------------------------|--|
| 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 |
| | | 3. 案内送付先B事業所へ後日請求 |
| | | [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) |
| | 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】 | |
| | 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 |
| | 協会けんぽ対象 | <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん |
| | 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。