健康診断申込書

フリガナ		ご担当者名	
貴社名			
加入健保名	1. 全国健康保険協会 ・ 2. その他健康保険組合名 （ ）		
ご住所①	〒		
TEL		FAX	

該当項目に☑をおつけください。

健診項目		☐ **当健診センター項目**で実施 【別紙料金表を参照ください】 ☐ 若年層健診（4,530円） ☐ 定期健康診断（9,280円） ☐ 生活習慣病(18,360円) ☐ 人間ドック(38,880円) ☐ **自社指定の項目**で実施 【指定項目を**申込書と一緒**にお送りください】 ☐ **健康保険組合指定の項目**で実施 （健康保険組合名 ） ☐ **【東振協】の項目**で実施 （健康保険組合名 ） コース A ・ A1 ・ A2 ・ B ・ B1 ・ B2 ・ D1 ・ D2
希望日		●第一希望 年 月 日 ～ 年 月 日 ●第二希望 年 月 日 ～ 年 月 日 ※資料送付等の関係上**最低3週間先**をご指定ください。※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。
資料送付先 （問診票・キット）		☐ 住所①へ送付 ☐ その他 住所：〒 担当者名：( )TEL：( )
健診結果送付先	本人用	☐ 住所①へ送付 ☐ その他 住所：〒 担当者名：( )TEL：( )
	事業所控 ※東振協のコースは控えはありません。	☐ 本人用結果に同封 健康診断結果報告書を受診者本人宛に2部出力（無料）をします。そのうち1部には表題に「事業所控」と記載されていますので、直接、受診者様よりお受け取りください。
		☐ ご担当者様へ送付 受診者様から健康診断における個人情報について同意を得ているものとします。 ☐ 住所①へ送付 ☐ その他 住所：〒 担当者名：( )TEL：( )
		☐ 控え不要
精算方法		☐ 事業所請求 住所①へ請求書を送付
		☐ その他へ請求 事業所名（ ） 住所：〒 担当者名：( )TEL：( )
		☐ 窓口精算 ☐ 受診時に個別で支払 ☐ 担当者一括
見積書		☐ 不要 ☐ 必要 ※見積書は健診資料（問診票等）送付時に同封いたします。

※この申込書・名簿は**予約日確定書ではございません**のでご了承ください。

静岡市静岡医師会健診センター ＦＡＸ送付先 ０５４－２７３－２１２６