健康診断申込書

フリガナ		フリガナ	
貴社名		ご担当者名	
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☑をお願いします。

健診項目（コース）	☐ **当健診センター所定のコース**で実施 【詳細は別紙料金表（税抜き）を参照ください】	
	☐ 若年層健診（4,250 円） ☐ 定期健康診断（8,750 円） ☐ 生活習慣病(17,000 円) ☐ 人間ドック(36,000 円)	
	☐ **貴社指定の項目**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】のコース項目**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 ※ご予約準備期間として、希望日は申込日の**3週間程度先**を選択してください。 ※ご希望日が定員に達している場合には、日程変更にご協力ください。	
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：（ ）
健診結果送付先 事業所控（※東振協コースに控えはありません。）	☐ 本人用結果に同封	「本人用」「事業所控」とも本人宛に発送します。「事業所控」は本人から事業所へ提出する方法です。
	☐ ご担当者様へ送付	「事業所控」を、受診者同意のうえ、ご担当者様に直接送付する方法です。
		☐ 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。

※こちらの申込書及び名簿について、確認や調整の問い合わせをすることがあります。

ver190401_1

静岡市静岡医師会健診センター FAX送付先 054−273−2126