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	☐全国健康保険協会　☐その他健康保険組合名（　　） 保険者番号[　　]　保険記号[　　]		
ご住所①	〒		
TEL		FAX	

該当項目に☑をお願いします。（word で編集する場合、クリックで☐⇔☑が切り替わります。）

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（税込）を参照ください】 ☐簡易健診（4,675 円）　☐定期健康診断（9,625 円）　☐生活習慣病（18,700 円）　☐人間ドック（39,600 円） ☐**全国健康保険協会のコース**で実施　【健保から送付された**対象者一覧表と一緒に**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 ☐**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】
希望受診期間 **（受診者全員の最初と最後の日程）**	**●第一希望　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日** **●第二希望　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日** ※予約確定後連絡　☐ 要（ 電話 ・ FAX ）　☐ 不要
資料送付先 （問診票・キット）	☐住所①へ送付 ☐その他　〒 担当者名：（　　）TEL：（　　） ☐受診者自宅　〒

健診結果送付先	本人用	☐住所①へ送付　☐受診者自宅	
		☐その他　〒 担当者名：（　　）TEL：（　　）	
	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」を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　〒 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　※御見積書が必要な場合はご連絡ください。
	☐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　☐オプション検査のみ個別で支払
その他		

ver240312

静岡市静岡医師会健診センター　FAX送付先　054－273－2126

※受診者名簿と合わせてご送付ください。