|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（5,500円）　　　定期健康診断（9,900円）　　　生活習慣病(19,800円)　　　 人間ドック（41,800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 | | | 1. 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 | | |  | | | | | |

2025\_v1