|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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[x] をお願いします。（wordで編集する場合、クリックで[ ] ⇔[x] 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