事業所情報登録申込書

※本用紙は、別紙「受診者名簿」と合わせてご送付ください。

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	□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　□オプション検査のみ個別で支払
備　考		

静岡市静岡医師会健診センター　FAX送付先　054－273－2126

※ホームページ　https://medio.or.jp/　からファイル送信も可能です。