

## 人間ドック・健康診断申込書（企業用）

申し込み日		年	月	日
企業名	ふりがな			
	担当者（                      ）			
住所	〒（                      ）			
物品送付先・請求先	※上記と異なる請求・送付先を希望される場合はご記入下さい			
TEL	（              ）	-	FAX	（              ） -
健診希望日	月	日	～	月              日

希望コース		料金	人数
人間ドック		¥38,880	名様
健診A		¥4,104	名様
健診B		¥7,020	名様
健診C		¥9,180	名様
協会けんぽ 関連健診	生活習慣病 予防健診	胃内視鏡 (内視鏡検査変更料金¥1,080含む) 胃透視	¥8,118 名様
	子宮頸がん ( 単 独 ・ 追 加 )	¥7,038	名様
	乳がん (単独不可)	¥1,020	名様
		50歳以上 ¥1,066 40～48歳 ¥1,655	名様
その他(追加検査など)		追加項目	名様

### 当院記入欄

- ★健診結果事業所控(    一覧    ・    個人票    )
- ★支払方法(    事業所とりまとめ    ・    本人支払(全額)    ・    一部本人支払    )
- ★確認欄    栄養課連絡    (    /    担当    )    物品送付    (    /    担当    )
- 請求日    (    /    担当    )
- (    /    担当    ) (    /    担当    ) (    /    担当    )
- (    /    担当    ) (    /    担当    ) (    /    担当    )
- 結果返却    (    /    担当    )

※希望時間帯に○印をお願いします

健康診断受診者名簿

※記入しないで下さい

健診予約日	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	住所	健診コース	結果表作成日
9:00・9:30 10:00・10:30	.....	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
月 日		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
9:00・9:30 10:00・10:30	.....	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
月 日		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
9:00・9:30 10:00・10:30	.....	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
月 日		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
9:00・9:30 10:00・10:30	.....	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
月 日		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
9:00・9:30 10:00・10:30	.....	男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		
月 日		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	( 千 ー )		

健診受付時間

午前9:00~11:30