

人間ドック・健康診断申込書（企業用）

文書番号：様式一健診-002

承認日：200228

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		¥42,000	名様
健診A		¥4,180	名様
健診B		¥7,150	名様
健診C		¥9,350	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¥3,300含む)	¥10,469 名様
		胃透視	¥7,169 名様
	子宮頸がん (単独・追加)		¥1,039 名様
	乳がん(単独不可)		50歳以上 ¥1,086 40~48歳 ¥1,686 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) 個別封筒 要 ・ 不要

(/ 担当) (/ 担当) (/ 担当)

(/ 担当) (/ 担当) (/ 担当)

結果返却 (/ 担当)

健康診断受診者名簿

※希望時間帯に○印をお願いします

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

健診受付時間 午前9:00~11:30