

人間ドック・健康診断申込書（企業用）

文書番号：様式一健診一002

承認日：230228

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 B			¥7,150	名様
健診 C			¥9,350	名様
その他健診 コース名（ ）			各コースに準じる	名様
協会けんぽ 関連健診	生活習慣病 予防健診	胃内視鏡	¥8,582 (内視鏡検査変更料金¥3,300含む)	名様
		胃透視	¥5,282	名様
	子宮頸がん (単独 ・ 追加)		¥970	名様
	乳がん (単独不可)		50歳以上 ¥1,013 40～48歳 ¥1,574	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) ☆料金確認(/) 資格確認(/)

★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)

前処置確認 (CF 時)

個別封筒

要 ・ 不要

当日請求分 (/ 担当) (/ 担当) (/ 担当)

(/ 担当) (/ 担当) (/ 担当)

請求日 (/ 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

健康診断予約日		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	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			
月 日	9:00 - 9:30 10:00 - 10:30		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	(千 ー)			

健康診受付時間

午前9:00~11:30

※記入しないで下さい