

【事業所名】

様

| 保険者番号 | 保険記号 |
|-------|------|
|       |      |

## 健康診断実施確認要綱

|   | 事業所名 | 住 所 | TEL・FAX      | 担 当 |
|---|------|-----|--------------|-----|
| ① |      | 〒   | TEL:<br>FAX: |     |
| ② |      | 〒   | TEL:<br>FAX: |     |
| ③ |      | 〒   | TEL:<br>FAX: |     |
| ④ |      | 〒   | TEL:<br>FAX: |     |

|                       | ①～④ |
|-----------------------|-----|
| 申込み、変更、日程調整等連絡先       |     |
| 受診案内、問診票、検体容器等の送付先    |     |
| 健診結果(本人・事業所控え)と請求書送付先 |     |
| 事業所控え                 |     |

| 支払い方法について   |                          | 事業所 | 本人 |
|-------------|--------------------------|-----|----|
| 基本健診料       | 協会けんぽ・かりゆし・深夜業・人間ドック等    |     |    |
| それ以外のオプション料 | 胃カメラ選択代・鎮静剤代・その他全てのオプション |     |    |

### 注意事項

R 年度 確認済み  
R 年度 確認済み  
R 年度 確認済み  
R 年度 確認済み  
R 年度 確認済み