

【事業所名】

様

保険者番号	保険記号

※お申込み事業所以外に本社があり、そちらの住所に健診結果と請求書を送付ご希望の場合は①にご記入ください。

その際は②にお申込み事業所名をご記入下さい。

		事業所名	住 所	TEL・FAX	担 当
①			〒	TEL: FAX:	
②			〒	TEL: FAX:	
③			〒	TEL: FAX:	
④			〒	TEL: FAX:	

希望の連絡先・送付先の数字（①～④）をご記入ください↓

	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	要・不要

どちらかに●をご記入ください

支払い方法について	事業所	本人
基本健診料		
それ以外のオプション料		

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

注意事項

※基本健診料とは

協会けんぽ（パリウム）・かりゆし健診・深夜業・人間ドック等

※それ以外のオプション料とは

胃カメラ選択代・鎮静剤代・婦人科健診・その他全てのオプション