

# 企業健診申込書 (FAX用)

※太枠内をご記入ください。

事業所	名 称		
	住 所		
	担 当 者	電話番号	
		FAX番号	
支払方法	請求 ・ 窓口支払		

◎予約時間 9:00~10:45 (15分毎、1枠3名様まで。)  
 (但し、協会けんぽの生活習慣病予防健診は、10:30までの受付となります。)

協会けんぽの方はご記入ください	
保険者番号	
記号	

※協会けんぽの健診を受ける方は、保険証の個人番号欄もご記入ください。資格確認の照会に使用します。

健診希望日時		受診者名	性別	生年月日	※保険証の 個人番号	健診 コース	備考 (オプショ等)	受診決定日 当センター記入欄
1	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
2	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
3	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
4	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
5	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
6	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
7	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
8	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
9	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・
10	月 日 ( )	ﾌﾞｸﾞﾀ		T・S・H				月 日 ( )
	希望時間: 時 分			・				・

健診コース	①一般健診 Aコース	②一般健診 Bコース	③生活習慣病 予防健診	④その他
健診料金	¥4,300	¥9,000	補助利用 ¥5,282	

※2名様以上お申込みの企業様向け価格になります。