

【事業所】人間ドック・健康診断 申込書

※別紙受診者名簿と一緒にお願いします。

送信日: 年 月 日

フリガナ				
事業所名				
事業所住所	〒 -			
フリガナ				
担当者名				
連絡先	TEL		FAX	
加入保険組合名			保険者番号	
保険証の下部に記載されている保険者名をご記入ください。★1				
支払方法 ★2	☐	全額当日窓口支払い ★3	☐	全額事業所請求
	上記に当てはまらない場合 事業所請求とする項目にチェックをお願いします			
	☐	一般健診 5,500円	☐	法定全項目 11,000円
	☐	節目健診 8,280円	☐	若年健診 2,500円
	☐	協会けんぽ補助子宮がん検診・乳がん検診(マンモグラフィ)・骨密度検査	☐	人間ドック
・健診資料 ・検査キット 送付先	☐	上記事業所		
	上記住所と異なる場合 〒 -			
・結果会社控え ・請求書 送付先	☐	上記事業所		
	上記住所と異なる場合 〒 -			
その他				
質問事項等ございましたらこちらにご記入ください。				

★1 当日は必ず、マイナンバーカード又は資格確認書をご持参ください。

★2 原則、協会けんぽ補助利用を含む2名様以上または人間ドック利用で事業所請求も可能です。

★3 全額当日窓口支払いの場合は、人間ドック・健康診断結果および会社控えは各個人宅へ郵送いたします。

※ 人間ドック・健診結果(個人結果)は各個人宅へ郵送いたします。



社会医療法人 潤心会

熊本セントラル病院