

## 令和 年度 人間ドック・健康診断申込書

※ ①～⑩をご記入のうえ、FAXお願いいたします。後程、ご連絡させていただきます。

※ ⑩は「申込者名簿」です。(別紙様式)

① 事業所名	フリガナ		
② 住所	フリガナ 〒		
③ TEL		④ FAX	
⑤ ご担当者氏名			
⑥ 保険証記号 (事業所)		⑦ 保険者番号 (事業所)	

⑧請求先・・・上記住所と異なる場合のみ記入	
請求先名	フリガナ
請求先住所	フリガナ

⑨請求方法・・・1つ選択してください。

- 全額会社請求  
 全額受診者請求  
 一般健診料金（7,169円）のみ会社請求、  
 差額は受診者請求

★受診人数が5名未満の場合は、  
 ⑧請求先・⑨請求方法 の記入は不要。  
 記入されて申込があっても、「窓口支払」  
 となりますのでご了承ください。

### 請求方法についての注意事項

受診なさる方が5名様未満の場合は、  
 健診費用を一旦窓口にてお支払頂く  
 事となります旨、ご案内致します。

結果報告書：1つ選択してください。

- 個人結果のみ  
 会社控え必要  
 (本人用と同封で発送となります)

⑩問診表郵送物先・・・1つ選択してください。

- 自宅  
 事業所

(注) 自宅を選択した場合、住所不明の方は事業所へ郵送されます。

医療法人 祥杏会 おもろまちメディカルセンター 健康管理センター

TEL. 098-867-2116 (代表)

TEL. 098-867-3969 (直通)

FAX. 098-868-0304