

令和 8 年 2 月 吉日

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

【 重要なお案内 】「キャンセルポリシー」導入について

平素は、当健診センターに格別のご愛顧を賜り、厚く御礼申し上げます。

昨今、当センターにおきまして、当日キャンセルが増加し、健診を希望される他の方々の予約が取りづらい状況が続いており、問題が生じております。

健診・人間ドック事業は、受診者様は1カ月前から勤務調整を行い、施設側は人員の確保や資材を準備する必要があるため『完全予約制』となっております。

したがって、突然のキャンセルは受診を希望される他の方へのご案内が困難となり予約枠が空いてしまう結果となっております。年間ではキャンセル率は10%にもおよび、健診事業の継続にも多大な支障が生じております。

つきましては、新たにキャンセルポリシーを導入することといたしました。

健診を必要とする多くの方の機会確保と、事業を維持・継続していくために皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

予約申込の前に、必ず「キャンセルポリシー」の内容をご確認くださいようお願い申し上げます。

事業所様・個人受診者様へのお願い

予約の開始に先立ち、以下のご対応をお願いいたします。

- ・全受診対象者様への周知：別添の「キャンセルポリシー」の内容を、受診予定の全従業員様へ周知をお願いいたします。
- ・確認書の返送：周知が完了いたしましたら、「事業所代表者（ご担当者）様」もしくは「受診者ご本人様」の署名を記入した書面を、予約申込書と併せてご提出ください。
「署名入り書面」の到着を当院で確認できた事業所様より、順次受付を開始させていただきます。

受診機会の公平な確保のため、重ねてご協力をお願い申し上げます。

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。（様式2） ※必ず「申込者一覧」（名簿）とあわせて提出をお願いします。

①事業所名	フリガナ		
②住所	フリガナ 〒		
③TEL		④FAX	
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（全額窓口支払い）

一般健診料金（またはコース料金）のみ会社請求、
差額は受診者請求（窓口支払い）

請求方法についての注意事項

申込人数が5名様未満の場合は、
健診費用を一旦窓口にてお支払い頂く
事となります旨、ご案内致します。

★受診人数が5名様未満の場合は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。

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。

★予約受付は6か月先までの受付です。受付開始時期・回答時期は下記予定表をご参考ください。

予約月	受付開始月	確定日の回答月
4月～9月予約分	3月～	3月中旬より回答
10月予約分	5月～	5月より回答
11月予約分	6月～	6月より回答
12月予約分	7月～	7月より回答
1月予約分	8月～	8月より回答
2月予約分	9月～	9月より回答
3月予約分	10月～	10月より回答

※注① 受付開始月以外の月に申込をされた場合でも、回答は予定表の回答月に入ってから回答いたします。

※注② 予約月が異なる場合は、「申込者一覧」を分けて記入しご提出ください。

★FAXお申込みの場合は、到着順で受付しております。申込が殺到している時期は、回答まで約3～4週間程度お時間をいただきます。予めご了承ください。

⑪令和 年度 健康診断・人間ドック申込者一覧

貴社名、

※必ず <様式1> 人間ドック・健康診断申込書とあわせてご提出をお願いします。
 ※ 予約月が異なる場合は、「申込者一覧」を分けて記入しご提出ください。

(※注1) ★欄は記入しなくてください。 (※注2) ドック申し込みの方のみ記入。

フリガナ	氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	希望日	★当院記入欄
フリガナ	氏名	性別	T・S・H	〒		1. 希望日 2. または 3. 曜日	
保険証番号 (枝番)	※必須記入	女	年月日	ハリウム ・ 胃カメラ (ドックのみ選択可) 胃カメラ鎮静剤使用希望 (無 ・ 有) ※有料	電話番号		
希望コース ※○をつけて ください	健診：A 一般・C 節目 (旧付加) D 節目 (旧付加) 協会けんぽ：1日・2日 (大腸)		胃検査		オプショーン・その他		
フリガナ	氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	希望日	★当院記入欄
フリガナ	氏名	性別	T・S・H	〒		1. 希望日 2. または 3. 曜日	
保険証番号 (枝番)	※必須記入	女	年月日	ハリウム ・ 胃カメラ (ドックのみ選択可) 胃カメラ鎮静剤使用希望 (無 ・ 有) ※有料	電話番号		
希望コース ※○をつけて ください	健診：A 一般・C 節目 (旧付加) D 節目 (旧付加) 協会けんぽ：1日・2日 (大腸)		胃検査		オプショーン・その他		
フリガナ	氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	希望日	★当院記入欄
フリガナ	氏名	性別	T・S・H	〒		1. 希望日 2. または 3. 曜日	
保険証番号 (枝番)	※必須記入	女	年月日	ハリウム ・ 胃カメラ (ドックのみ選択可) 胃カメラ鎮静剤使用希望 (無 ・ 有) ※有料	電話番号		
希望コース ※○をつけて ください	健診：A 一般・C 節目 (旧付加) D 節目 (旧付加) 協会けんぽ：1日・2日 (大腸)		胃検査		オプショーン・その他		
フリガナ	氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	希望日	★当院記入欄
フリガナ	氏名	性別	T・S・H	〒		1. 希望日 2. または 3. 曜日	
保険証番号 (枝番)	※必須記入	女	年月日	ハリウム ・ 胃カメラ (ドックのみ選択可) 胃カメラ鎮静剤使用希望 (無 ・ 有) ※有料	電話番号		
希望コース ※○をつけて ください	健診：A 一般・C 節目 (旧付加) D 節目 (旧付加) 協会けんぽ：1日・2日 (大腸)		胃検査		オプショーン・その他		

健康診断・人間ドックの「キャンセル料」についてのご案内

健康診断・人間ドックにつきまして、予約後やむを得ず変更・取り消しをされる場合には、1週間前までにご連絡をお願いいたします。予約日より1週間以内の取り消しをされる場合、キャンセル料を下記のように請求させていただきます場合もございますので予めご了承ください。

また、予約変更は1週間前までの変更については1回まで承ります。

2回目以降は手数料として2,000円を申し受けます。

原則、当センターの営業日・営業時間内にキャンセル（変更）する旨を直接ご連絡いただき確認した時を基準とさせていただきます。

受診日からの期間	キャンセル料
7日前までの連絡	キャンセル料なし
6日前から4日前の連絡	お申込みコース料金合計の20%
3日前から1日前の連絡	お申込みコース料金合計の50%
当日の連絡	お申込みコース料金合計の100%

※上記のキャンセル料は直接ご本人様に請求させていただきます。

天候悪化や自然災害などやむを得ない事情によるキャンセルについては、キャンセル料の徴収は行いません。

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：098-867-3969（直通） 電話受付時間：10時～16時（平日）／9時～11時30分（土曜日）

公式LINE：@783hzgns

「キャンセル料」の内容について、確認・同意します。

または、「キャンセル料」内容について確認・同意し、受診する者に通知しました。

日付：R 年 月 日 署名（本人または担当者）：