

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。
<input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> 全額受診者請求（全額窓口支払い） <input type="checkbox"/> 一般健診料金（5,282円）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

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い頂く事となります旨、ご案内致します。

★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。

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。
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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

◆保険証の見方◆

（被保険者）



この「番号」は、
 <様式2>
 「申込者一覧」の
 【保険証番号】欄に記入