

会社用健康診断申込書

フリガナ	
会社名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者様名	
加入保険者名称	
保険者番号	
保険証の記号	

該当項目に と必要に応じて記載をお願いします。

案内状送付先	<input type="checkbox"/>	自宅 ※案内状は、可能な限り自宅への送付をご選択ください。
	<input type="checkbox"/>	上記住所
	<input type="checkbox"/>	事業所、店舗など 宛名 住所 〒 電話番号 担当者様名
結果送付先	<input type="checkbox"/>	自宅
	<input type="checkbox"/>	上記住所
	<input type="checkbox"/>	案内状送付先と同じ（異なる場合は、下記に記載してください） 宛名 住所 〒 電話番号 担当者様名
支払い方法	<input type="checkbox"/>	当日窓口支払い
		領収書 <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 会社名と個人名に分ける（分け方をご記入ください）
	<input type="checkbox"/>	請求書を送付（郵送） （全額） 原則10名様以上とさせていただきます。 9名様以下で請求希望の際は、お問い合わせください。
	<input type="checkbox"/>	請求書を送付（郵送） （一部当日窓口支払い） 窓口支払いとなる検査名をご記載ください。例：オプションは窓口支払
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 案内送付先 <input type="checkbox"/> 結果送付先 <input type="checkbox"/> 他住所の場合は下記にご記入ください 宛名 住所 〒 電話番号 担当者様名	

◆この用紙と別紙健康診断申込書をFAXしてください。

- 健康診断申込書（協会けんぽ用）
- 健康診断申込書



寺田病院
健診センター
FAX：0595-63-9002
(確認日 月 日 担当：)