

協会けんぽ人間ドック 申込書

深谷寄居医師会メディカルセンター

FAX 0120-911-963



※太枠内をご記入ください

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ			
事業所名			
担当者 部課名		担当者氏名	
住所	〒		<input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/>
結果・請求 送付先が異なる 場合の住所	〒		<input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/>
電話番号		FAX 番号	
申込人数	計 名		

★この健診を法定健診の代用としている事業所様は受診者様より結果の写しの提供を受けてください。
当センターからの結果提供は同意書があっても対応しかねます。

★人間ドックは未実施検査項目があった場合も減額はありませぬ。

★受診人数が5名未満の場合は、当日支払いとなります。5名以上で請求希望の場合は備考欄にご記入ください。

★領収書が必要な場合は、当日支払いに限ります。

★領収書の再発行は致しかねます。

保険者番号	保険証の記号

保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日	健診予約日	オプション検査 ※協会けんぽからの助成はありません
	氏	名				
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	
			男・女	S. H.	R 年 月 日	

【 備考 】

当日支払い

全会社

別紙申込書あり

