

# ＜健康診断のお申し込みについて＞

下記のお申し込み用紙に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。

**FAX 095-843-2890**

社会医療法人 春回会 井上病院 健診部

予約担当者

郵便番号 852-8105

住所： 長崎県長崎市目覚町7番2号 HCS長崎ビル6階

電話番号（直通） 095-844-1481

FAX 095-843-2890

## 貴社記入・確認欄

団体No

|      |       |  |      |     |      |       |  |
|------|-------|--|------|-----|------|-------|--|
| 企業名  |       |  |      | 担当課 |      | 担当者氏名 |  |
| 企業住所 | 〒 ( ) |  |      | 連絡先 | 電話番号 |       |  |
|      |       |  |      |     | FAX  |       |  |
| 保険者  | 保険者番号 |  | 保険者名 |     |      |       |  |

※健診種別の欄の該当する健診に○をつけ、受診人数・受診希望日・期間・時間帯をご記入ください。  
オプション検査や特定健康診査(メタボ健診)を実施する場合は、追加項目欄にご記入ください。  
ご希望・連絡事項等ありましたら、備考欄へご記入してください。

| 健診種別       | 受診人数 | 受診希望日・期間 | 時間帯(AM・PM) | 追加項目 |
|------------|------|----------|------------|------|
| 定期健診 A     |      |          | AM・PM      |      |
| 定期健診 B     |      |          | AM・PM      |      |
| 雇い入れ健診     |      |          | AM・PM      |      |
| 特定業務健診     |      |          | AM・PM      |      |
| 特殊健診( )    |      |          | AM・PM      |      |
| 協会：一般健診    |      |          | AM         |      |
| 協会：一般+付加健診 |      |          | AM         |      |
| 協会：子宮がん検診  |      |          | AM・PM      |      |
| 備考         |      |          |            |      |

## ■ 確認事項 該当に☑を記入、又は必要事項を記載してください。

|        |                                                                 |                                                            |                                                                              |   |
|--------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---|
| ご案内送付先 | <input type="checkbox"/> 会社宛(上記住所)                              | <input type="checkbox"/> 上記住所以外                            | 〒                                                                            |   |
| 結果票送付先 | 【個人用】                                                           | <input type="checkbox"/> 会社宛(上記住所)                         | <input type="checkbox"/> 上記住所以外                                              | 〒 |
|        | 【企業用】                                                           | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要 | 送付先<br><input type="checkbox"/> 会社宛(上記住所)<br><input type="checkbox"/> 上記住所以外 | 〒 |
| 支払方法   | <input type="checkbox"/> 会社へ請求 <input type="checkbox"/> 窓口にて支払い |                                                            | 備考欄                                                                          |   |
|        | ※会社へ請求の場合 請求書送付先                                                |                                                            |                                                                              |   |
|        | <input type="checkbox"/> 会社宛(上記住所)                              | <input type="checkbox"/> 上記住所以外                            | 〒                                                                            |   |

|                                      |                  |                                                              |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|
| 定期・特定業務健診の場合記入                       | 手書き用紙(貴社独自様式)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無        |
| ※ 手書き用紙ありの場合は、サンプル(記入例)を、事前にお送りください。 |                  |                                                              |
| 特殊健診の場合記入                            | 特殊健診報告書の購入       | <input type="checkbox"/> 購入する <input type="checkbox"/> 購入しない |