

【団体予約用】

施設健診 御申込用紙

【健診予約日時】 月 日 ()

01.健康保険組合の補助を利用する場合は、※印の保険情報、自宅住所、連絡先についても必ずご記入下さい。
02.大きな文字でご記入をお願いします。不明瞭な場合は、確認のご連絡をする場合がございます。

会社コード: 99999999
20文字上限
会社名: (株) ●●●●コーポレーション
ご担当者: 清水 様
※健康保険組合: ○○健康保険組合 ※保険者番号: 99999999 ※記号: 9999
(8桁) 桁が足りない場合、先頭に「0」を記入

会社住所 〒 999-9999
●●県××市△△町99-9999
電話番号: 045-×××-×××× FAX番号: 045-×××-××××
その他住所 〒 -
<支店名>
電話番号: FAX番号:

個人コード	No	※保険証番号	カナ氏名/漢字氏名	生年月日/性別	申込内容	予約時間	備考欄
1	<区分> <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	99	シミズバシ ハナコ	西暦	安衛法: <input type="checkbox"/> 一般B(第44条) <input type="checkbox"/> 雇入(第43条) <input type="checkbox"/> 深夜(第45条) 協会けんぽ: <input checked="" type="checkbox"/> 一般健診 <input checked="" type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保: <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 特殊健診: <input checked="" type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 有機(溶剤名を備考欄へ記入)	11:00	
			清水橋 花子	9999年 99月 99日	男 女		
		※自宅住所	〒 999-9999 ●●県××市△△町99-9999		※自宅TEL 045-×××-××××	※携帯 090-××××-××××	
2	<区分> <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	100	シミズバシ タロウ	西暦	安衛法: <input type="checkbox"/> 一般B(第44条) <input type="checkbox"/> 雇入(第43条) <input type="checkbox"/> 深夜(第45条) 協会けんぽ: <input checked="" type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保: <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 特殊健診: <input checked="" type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 有機(溶剤名を備考欄へ記入)	11:00	
			清水橋 太郎	9999年 99月 99日	男 女		
		※自宅住所	〒 999-9999 ●●県××市△△町99-9999		※自宅TEL 045-×××-××××	※携帯 090-××××-××××	
3	<区分> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			西暦	安衛法: <input type="checkbox"/> 一般B(第44条) <input type="checkbox"/> 雇入(第43条) <input type="checkbox"/> 深夜(第45条) 協会けんぽ: <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保: <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 その他:		
				年 月 日	男 女		
		※自宅住所	〒 -		※自宅TEL	※携帯	

CL 事前送付物: 自宅 勤務先 その他
支払条件: 念口 請求 請求/念口(婦人科・付加・OP)
請求送付先: 勤務先 その他
結果送付先: 自宅 勤務先 その他
結果・請求書送付先が勤務先以外(本社宛等)の場合や個人結果と事業所一覧の送付先が違場等(注)の場へ送付先を記入
同意書: 未 取得済
建 国 籍 確 認: 済み
支 部 名:

FAX送信先: 045-847-5800

上記個人情報につきましては、健康診断の実施以外の目的には利用いたしません。
医療法人社団成澤会 清水橋クリニック 〒234-0053横浜市港南区日野中央1-19-4TEL.045-847-5533

【01.会社情報の記入】
★会社情報を記入してください。
★登録住所と検査キットや健診結果/請求書の送付先が変わる場合は、“その他住所”へ送付先情報を記入してください。

【02.受診者情報の記入】
★受診される方の情報を記入してください。
★健康保険組合の補助を利用される場合は、※印の部分も必ず記入してください。本人/家族区分に☑印を記入してください。
<健康保険組合名、保険者番号、記号、保険証番号、加入区分、自宅住所、連絡先>

【03.受診コース、予約時間の記入】
★受診コースに☑印を記入してください。仮予約したコースと相違が無いようにご注意ください。
* 特殊健診を同時受診される場合も該当コースへ☑印を記入してください。