

【 来院健診用申込書 】

(1枚目)

✳ 下記、必要事項へのご記入をお願い致します

お申し込み日；

フリガナ 事業所名			
	ご担当者様お名前：		部署：
事業所所在地	〒		
電話番号			
FAX番号			
健康保険被保険者証	保険者番号		記号

【健診お申込み：別紙内訳_____枚】

- ・ 協会けんぽ 対象
- ・ 定期健康診断
- ・
- ・

名
名
名
名

お申込み 計

名

- ・ ご案内書類送付先 ☐ 事業所 ☐ ご自宅
- ・ 結果書類送付先 ☐ 事業所 ☐ ご自宅
- ・ 支払方法 ☐ 事業所請求 ☐ 窓口支払(事業所名・個人名)
- 【 追加検査実施時 ☐ 事業所請求一括 ☐ 窓口支払(事業所名・個人名) 】

<協会けんぽの健診をお申込みの事業者様へ>

- * 受診資格確認、および書類発送のため、ご予約は2週間程度先の日程からご検討をお願いします。
- * お申込み～受診当日までに協会けんぽの資格を喪失、もしくは保険番号が変わられた際は必ず当院へご連絡をお願いします。
- * ご連絡がなく、実施後に資格喪失が発覚した際は健診料金を全額負担いただく場合がございますので予めご注意ください。

医療法人 西福岡病院 健診事業部

TEL(直) 092-881-1385

FAX(直) 092-881-1352

E-mail kensin@nishifukuhp.or.jp

受付印