健康診断申込書(企業用)

①以下の必要事項をご記入ください
②受診者様情報は別紙名簿へご記入ください。
③ご記入後は、申込書と受診者名簿を当院へFAXをお願いします。

事業所名					
事業所所在地	〒　　　―				
電話番号			FAX		
保険者番号		保険証記号		事業所ご担当者	

希望月	・第1希望　　　月　　　・第2希望　　　月

送付先:(支店・営業所等) **※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください**

送付先住所	〒　　　―		
電話番号		送付先ご担当者	

健診案内・健診キット	1. 本人	2. 会社	
健診結果送付先	1. 本人　(　　通)	2. 会社　(　　通)	3. 本人と会社へ郵送
支払方法	1. 本人窓口	2. 会社請求	3. 会社(基本)+本人(オプション)

連絡欄

≪申込方法≫
お電話でご予約の上、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。

TEL　0599-43-0501(代)//FAX　0599-43-6173(直通)
E-mail:shima-kenshin@jadecom.jp

三重県立志摩病院　健診室

健康診断受診者名簿

下表に受診者様情報をご記入の上、別紙「健康診断申込書」と併せて当院までFAXをお願いします。

事業所名称:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者:

番号	フリガナ / 氏名	性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号		受診コース	追加希望オプション検査	希望日
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 / 電話番号				

≪申込方法≫　**お電話でご予約の上、必要事項をご記入いただきFAX又はメールにてお申し込みください。**

TEL　0599-43-0501(代表)　//　FAX　0599-43-6173(直通)　//　E-Mail:shima-kenshin@jadecom.jp

三重県立志摩病院　健診室

記入例

健康診断申込書(企業用)

①以下の必要事項を記入例を参考にご記入ください。
②受診者様情報は別紙名簿へご記入ください。
③ご記入後は、申込書と受診者名簿を当院へFAX又はメールをお願いします。

事業所名					
事業所所在地	〒　　　　―				
電話番号			FAX		
保険者番号		保険証記号		事業所ご担当者	

協会けんぽのシステムでの確認に必要になりますので必ずご記入ください。

希望月	・第1希望	月	・第2希望	月

送付先：(支店・営業所等)　※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所	〒　　　　―		
電話番号		送付先ご担当者	

健診案内・健診キット	1. 本人	2. 会社	
健診結果送付先	1. 本人　(　　通)	2. 会社　(　　通)	3. 本人と会社へ郵送
支払方法	1. 本人窓口	2. 会社請求(全て)	3. 会社(基本)+本人(オプション)

支払方法をお選びください。
オプションのみ本人払いの場合は、3をお選びください。
請求書等の名前が申込企業名と異なる場合は、下記の連絡欄へご記入ください。

連絡欄

その他連絡事項等ございましたらこちらの連絡欄へ記入してください。

≪申込方法≫
お電話でご予約の上、必要事項をご記入いただきFAX又はメールにてお申し込みください。

TEL　0599-43-0501(代)//FAX　0599-43-6173(直通)
E-mail：shima-kenshin@jadecom.jp

三重県立志摩病院　健診室

記入例

健康診断受診者名簿

下表に受診者様情報をご記入の上、別紙「健康診断申込書」と併せて当院までFAX又はメールをお願いします。

事業所名称：　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者：

番号	フリガナ／氏名	性別	生年月日			受診コース	追加希望オプション検査	希望日
	フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
	志摩　花子	性別 男 (女)	生年月日 1975/10/1	住所 電話番号	志摩市阿児町鵜方1257番地 090−〇〇〇〇−××××	協会けんぽ一般コース	胃カメラ（経鼻）、乳がん	
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				
		性別 男 女	生年月日	住所 電話番号				

住所、電話番号はカルテ作成に必要となりますのでご記入下さい。

協会けんぽのシステムでの確認に必要になります。
保険証をご確認の上、必ずご記入をお願いします。

受診コース
- 人間ドック
- 生活習慣病予防健診
- 一般健診（法定健診）
- 協会けんぽ一般健診
- 深夜従事者健診

追加オプション
- 胃カメラは経鼻、経口もご記入ください。
- 協会けんぽの補助対象外の方は希望オプション後ろに（対象外）とご記入ください。
  例：乳がん（対象外）

希望月、希望曜日等をご記入ください。

≪申込方法≫　**お電話でご予約の上、必要事項をご記入いただきFAX又はメールにてお申し込みください。**

TEL　0599-43-0501（代表）　//　FAX　0599-43-6173(直通）　//　E-Mail：shima-kenshin@jadecom.jp

三重県立志摩病院　健診室