

《企業申込用紙》

団体コード： _____

① 団体情報	フリガナ			担当者名
	企業名			保険者番号： 保険者記号：
	住所	〒		
	TEL		FAX	
※変更・訂正 →有・無				
② 受診人数・ コース	受診希望人数（総数） _____ 名 【内訳】 ★法定健診 _____ 名 ★簡易健診 _____ 名 ★生活習慣病予防健診 _____ 名 （ 胃部検査 → 胃カメラ _____ 名、バリウム _____ 名 婦人がん検診 → 乳がん検診 _____ 名、子宮がん検診 _____ 名 ） ★節日健診・日帰りドック _____ 名 （ 胃部検査 → 胃カメラ _____ 名、バリウム _____ 名 婦人がん検診 → 乳がん検診 _____ 名、子宮がん検診 _____ 名 ） ★乳がん検診単独 _____ 名 ★子宮がん検診単独 _____ 名			
③ 希望時期・ 一日あたりの希望人数	(一日あたりの人数 人/日)			
④ 事前案内送付先 (受診者用)	<input type="checkbox"/> 上記事業所 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他 〒		TEL :	
⑤ 結果票送付先	<input type="checkbox"/> 上記事業所 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他 〒		TEL :	
⑥ 費用負担	★ 基本コース (会社 ・ 個人) ★ けんぽ付加 (会社 ・ 個人) ★ 胃カメラ差額 (会社 ・ 個人) ★ 乳がん (会社 ・ 個人) ★ 子宮がん (会社 ・ 個人) ★ 骨密度 (会社 ・ 個人) ★ オプション (会社 ・ 個人) ★ 眼底Dr判断 (会社 ・ 個人) ★ 喀痰 (会社 ・ 個人)			
⑦ 請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記事業所 <input type="checkbox"/> その他 〒		TEL :	
⑧ 結果票控の送付	健診結果の事業所控 → <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
⑨ 備考	例) 当日支払い希望の場合 → 領収書を個人名・会社名の2枚に分ける 等			

当院使用欄 受付日： / /

受付	予約枠 FAX	契約作成	カネ入力	市立大村市民病院 健康管理センター 〒856-8561 長崎県大村市古賀島町 133-22 TEL : 0957-52-2163 FAX : 0957-54-6613

※団体登録場面の「詳細情報」メモ1, 2欄に入力をお願いします