

健康保険組合

フリガナ 会社名 ①	所在地	担当者名
		TEL

支払い方法
☐ 当日個々にすべて窓口精算（領収書 有・無）
☐ 当日追加オプション検査のみ窓口払い（健診コースは会社請求）
☐ 請求書にて後日支払い（健診コース/オプション検査等）

上記と連絡先が異なる場合（事業所・店舗）ご記入

フリガナ 会社名 ②	所在地	担当者名
		TEL

送付先にレ点チェックを付けてください
問診票： ① ☐ 会社住所 ② ☐ 事業所住所 ☐ 自宅
健診結果： ① ☐ 会社住所 ② ☐ 事業所住所 ☐ 自宅

【※下記ご確認くださいましたら、□にレ点チェックをお願いいたします】

- ☐ 【会社請求の方】 同月内10名様未満の場合に限り、1請求毎に手数料550円加算となりますのでご了承願います
- ☐ 【胃カメラ検査キャンセルポリシー】 日程変更・キャンセルをされた場合、7営業日前から1,500円を徴収しておりますのでご注意ください

保険者番号		記号						
番号	フリガナ氏名		生年月日	健診コース	オプション検査	第1希望日	第2希望日	備考
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	

【レディースデイ】 月曜日のPMは女性のみ

【返送先】:045-786-5541