

健康診断依頼書

榛原総合病院 健診センター
FAX: 0548-22-9320

【お願い】

当センターでは外国語対応はしていません。問診・検査指示等ありますので
健診時は必ず、通訳者のご同伴をお願いします。

フリガナ	ハイバラ	加入健保
事業所名 (本社)	榛原 株式会社	全国健康保険協会 (○○○ 支 部)
ご住所①	〒 421-0493 牧之原市細江2887-1 TEL 0548-22-1131 FAX 0548-22-9320 担当者名 ○○○	
事業所名 (支店・営業所・その他)	榛原 株式会社 ○○○営業所	
ご住所②	〒 ※ご案内・結果送付先が上記①住所と異なる場合はこちらへご記入ください。 TEL FAX 担当者名	

※該当項目に☑をお願いします。

健診項目 (内容について) 複数☑可	<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (協会けんぽ)
	<input checked="" type="checkbox"/> 定期健康診断 ※協会けんぽ補助対象外受診者がいる場合のみ
	<input type="checkbox"/> 特殊健診
ご案内送付先 (検査キット)	<input type="checkbox"/> 住所① <input type="checkbox"/> 住所② <input checked="" type="checkbox"/> 個人宅
健診結果送付先 (本人用)	<input type="checkbox"/> 住所① <input type="checkbox"/> 住所② <input checked="" type="checkbox"/> 個人宅
健診結果送付先 (事業主様控え) *A4コピー	<input type="checkbox"/> 住所① <input checked="" type="checkbox"/> 住所② ③すべての事業主様へ健診結果控えを提供いたします。(同意確認書の提出をお願いします)
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口精算 (現金・クレジット可) ③受診者名の領収書となります。
	<input checked="" type="checkbox"/> 後日請求 ③振込手数料につきましては貴社にてご負担下さいますようお願いいたします。

案内送付先が
個人宅の場合は
必ず、申込み時に自宅住所を
ご記入ください。
*下記ご要望欄へ記入も可

◎お支払い方法にて後日請求とされた場合は、必ずこちら☑をご記入ください。

請求書に記載する宛名	【 榛原 株式会社 】
請求書送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 住所①へ送付 <input type="checkbox"/> 住所②へ送付

★その他ご要望・伝達事項があればご記入ください。