

健康診断申込書(団体用)

希望受診年月日 ※申込日より1か月以降の 日程で記入お願い致します	年	月	日 ()	から
	年	月	日 ()	まで
健康保険組合名	保険者番号			
会社名(団体名)	店舗名			
人数	名様			
名簿は別途フォーマットがございますのでそちらに記入をお願い致します。				
健診担当者	様			
お電話番号/FAX番号	TEL:		FAX:	
受診票・検査キットの送付 ☐ 必要 ☐ 必要なし 必要な場合は資料送付先を 右に記入お願い致します。	☐ 自宅 ☐ 会社 (☐ 本社 ☐ 店舗 ☐ 事業所) 〒			
オプション				
備考				
支払い	☐ 本人窓口支払い ☐ オプションのみ 本人支払い ☐ 会社請求			
請求先	〒			
※資料送付先と同じであれば同上	宛名:		TEL:	
結果送付先 (会社) ※資料送付先と同じであれば同上	結果は基本2通(会社控え・本人控え)を会社へ郵送致します			
	〒			
	宛名:		TEL:	
受診コース				

ここから下は千葉診療所記入欄

受付日	受付者	台帳	団体番号
			-

注意事項

胃部健診希望の方は月～木の午前中のみ受付となります。
胃部健診がない方は月～金の午後の受付となります。
土曜日ご希望の方はお電話にてご相談ください。

変更履歴 受付者 変更受付日 ヘルゼア 台帳修正 内容

		/			
		/			
		/			