

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 日程で記入お願いいたします	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	店舗名・支店名
人数	名
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	
電話番号/FAX番号	電話番号: FAX番号:
問診票・検査キット等の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 (<input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 事業所)
	〒
オプション	
特殊・特化物質	
支払い	<input type="checkbox"/> 本人窓口支払い <input type="checkbox"/> オプションのみ 本人支払い <input type="checkbox"/> 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(会社控え・本人控え)をまとめて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

注意事項

胃部健診希望の方は月～土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・土の午前中受付となります

受付日	受付者	台帳	団体番号
			-



変更履歴	受付者	変更受付日	ヘルゼア	台帳修正	内容
		/			
		/			
		/			

会社名・団体名			
電話番号	住所	〒	
FAX			
健診ご担当者			

▼健診ご案内文書・問診票等の事前送付先(支店・営業所・ご自宅等)が上記住所と異なる場合はご記入ください。

営業所・支店名	営業所 支店所在地	〒	
電話番号			
FAX			

FAXまたはメールにてお送りください		【FAX】 043-224-0878	
		【メール】 medicalcchf@chibasin.or.jp	
加入健康保険組合		健康保険組合	支部
保険者番号		保険証_記号	

▼健康診断およびオプション検査費用の精算方法

健康診断	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 請求書	オプション検査	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 請求書
------	-----------------------------	------------------------------	---------	-----------------------------	------------------------------

▼健康診断結果・請求書の送付先

健康診断結果	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> 支社 営業所	請求書	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> 支社 営業所
--------	-----------------------------	------------------------------------	-----	-----------------------------	------------------------------------

番号	保険証番号	希望受診日	希望時間	氏名	フリガナ	性別	生年月日				受診項目	特殊・特化物質
							西暦	年	月	日		
1							西暦	年	月	日		
2							西暦	年	月	日		
3							西暦	年	月	日		
4							西暦	年	月	日		
5							西暦	年	月	日		
6							西暦	年	月	日		
7							西暦	年	月	日		
8							西暦	年	月	日		
9							西暦	年	月	日		
10							西暦	年	月	日		
11							西暦	年	月	日		
12							西暦	年	月	日		
13							西暦	年	月	日		
14							西暦	年	月	日		
15							西暦	年	月	日		
16							西暦	年	月	日		
17							西暦	年	月	日		
18							西暦	年	月	日		
19							西暦	年	月	日		
20							西暦	年	月	日		

※行は必要に応じて追加してください。