

健康診断申込書（企業・基本事項）

申込年月日： 年 月 日

以下に必要事項をご記入・ごチェックいただき、ご確認のうえFAXにてご送付ください。

企業・事業所名	
住所・所在地	〒
	TEL： FAX：
担当者 部署・氏名	
事前書類等送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 各個人様のご自宅 ※ 通常は事業所所在地に一括送付いたします。
健診項目【受診人数】	<input type="checkbox"/> 豊川市基本健康診査【 名】 <input type="checkbox"/> 豊川市特定健康診査【 名】
	<input type="checkbox"/> 豊川市ワコンインがん検診 <input type="checkbox"/> 胸【 名】 <input type="checkbox"/> 大腸【 名】 <input type="checkbox"/> 胃（ <input type="checkbox"/> X線【 名】 又は <input type="checkbox"/> 内視鏡【 名】）
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽの生活習慣病予防健診（35歳以上の被保険者が対象です。）【 名】 ※ 協会けんぽから送られてきた「健診対象者一覧」をこの申込書を一緒にFAXしてください。
	<input type="checkbox"/> 御社指定項目で実施 ※ 指定項目を申込書と一緒にFAXしてください。【 名】
	<input type="checkbox"/> 雇入れ時健康診断（労働安全衛生規則43条）【 名】
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断（労働安全衛生規則44条）【 名】
	<input type="checkbox"/> 当院の健診コース（別紙参照） <input type="checkbox"/> A【 名】 <input type="checkbox"/> B【 名】 <input type="checkbox"/> C【 名】 <input type="checkbox"/> D【 名】 <input type="checkbox"/> 人間ドック【 名】
オプション（別紙参照）	追加されるオプションをご記入ください。
希望受診期間	【 月 ~ 月 】
結果記入用紙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 無の場合、当院の書式になります。
結果票送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 各個人様のご自宅
	<input type="checkbox"/> その他ご希望がある場合（ ） ※ 通常は事業所所在地に事業所用結果と個人用結果（封筒詰め）を一括送付いたします。
結果票送付時期	<input type="checkbox"/> ひと月分ごと <input type="checkbox"/> 全員分終了後
	<input type="checkbox"/> その他ご希望がある場合（ ）
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 請求書払い（ <input type="checkbox"/> ひと月分ごと <input type="checkbox"/> 全員分終了後 ） ※ 請求書は御社へ結果票と共に送付いたします。
	<input type="checkbox"/> 受診者による当日払い
	<input type="checkbox"/> その他ご希望がある場合（ ）
備考	

共立荻野病院

〒442-0812 愛知県豊川市三上町雨谷口3番地

TEL：0533-86-2161 FAX：0533-86-0917