

◆◆◆ 健康診断申込書 ◆◆◆ (企業用)

[ホームページ用](#)

貴社名			担当者様		
ご住所	〒			E-mail	
電話番号			FAX		
人数	男性	名	女性	名	総計
健診項目・詳細	・ 自社指定項目で実施する (指定項目をファックスで送付してください) ・ 当院指定項目で実施する 定期健診A 定期健診B 定期健診C 定期健診D ・ 当院指定人間ドック				
	※定期健診A～Dの詳細・価格はホームページ健康診断をご覧ください。				
乳がん・子宮がん検診	・ 乳がん (マンモグラフィーまたはマンモグラフィー併用)		・ 乳がん (触診のみ)		・ 子宮がん
	※乳がんは土曜日休診 子宮がんは木曜日休診です				
胃がん検診	・ 胃部レントゲン		・ 胃内視鏡(予約制)		
健保の種別	・ 政府管掌保険 ・ 健保組合 ・ 国民健康保険 ・ 共済組合 ・ その他				
	※35歳以上で政府管掌保険を使用し健診を受ける場合、同時に群馬県社会保険健康財団へ申し込みを行ってください。TEL 027-243-5516				
希望日	・ 第一希望	月	日	～	月 日
	・ 第二希望	月	日	～	月 日
※最低三週間以上先をご指定下さい。混雑時は2ヶ月先まで予約が埋まっております。土曜日は第一・第三に限り実施しております。					
健診結果送付先	・ 自宅 ・ 会社 ・ 健保組合 ・ その他の送付先 (
全従業員の結果一覧表	必要 (一覧表か個人の結果コピーのいずれか) ・ 不要				
	※必要の場合、提出出来るのは法定健診項目に限ります。(別途契約がある場合を除く)				
見積書	必要 ・ 不要				
	※料金改定を行いましたので見積書をお取り下さい。				
費用請求先	・ 会社 ・ 健保組合 ・ 受診者 ・ クレジットカード払い				
結果説明会(無料)	・ 希望する ・ 希望しない				
中間業者がある場合	・ ウエルネスコミュニケーションズ ・ バリューHR		・ 健康文化振興会 その他 ()		・ イーウエル
その他	ご希望のオプション検査、連絡事項などありましたら記載下さい				

FAX送付先 前橋協立病院 健診室 027-265-5564 TEL027-265-5550

FAX到着後、四日以内に当院担当者からご連絡を致します。連絡が無い場合、お問い合わせ下さい。これは予約日確定書ではありませんのでご注意ください