

健康診断 申込書

事業所用

連絡先①（本社）

★全国健康保険協会様へ登録している情報をご記入ください。

ふりがな	
事業所名	
事業所所在地	〒 ー
代表者氏名・役職	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	



連絡先②（支社・自宅）

★別の連絡先がある場合はご記入ください。

ふりがな	
事業所名	
支社 所在地 自宅	〒 ー
電話番号	※連絡のとれる電話番号のご記入をお願いします。
FAX番号	
担当者名	

●該当するものにチェックを入れてください。

問診票等送付先	<input type="checkbox"/> 連絡先①(本社) <input type="checkbox"/> 連絡先②(支社・自宅)
結果送付先	<input type="checkbox"/> 連絡先①(本社) <input type="checkbox"/> 連絡先②(支社・自宅) <input type="checkbox"/> 結果が2部必要
支払い方法	<input type="checkbox"/> 病院窓口(当日) <input type="checkbox"/> 振込み ➡ 振込みの請求書送付先 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 連絡先①(本社) <input type="checkbox"/> 連絡先②(支社・自宅) </div> (該当される方がいらっしゃる事業所のみ) ★鎮静剤使用料の支払い方法 <input type="checkbox"/> 会社支払 <input type="checkbox"/> 個人支払 ★オプション追加の支払い方法 <input type="checkbox"/> 会社支払 <input type="checkbox"/> 個人支払