

# 健康診断申込書

(企業・事業所健診用)

健診日程は、事前に☎でご予約ください。  
別紙『受診者名簿』と併せてご送信ください。

1. 申込団体様の情報をご記入ください。

※問診票、検査キット、健診結果、請求書を送付致します。詳しくご記入ください。

		お申込日	令和	年	月	日
事業所名	フリガナ					
事業所所在地	〒 —					
電話番号	( )		FAX番号	( )		
担当部署			担当者様名	フリガナ		

2. 健康保険証の種類(保険者名称等)をご記入ください。

保険者名称	保険者番号	保険証記号

3. ご希望の健診コースを○で囲み、お申込み人数をご記入ください。

一般	コース	A-1	A-2	A-3	B	C	D	その他
料金(税抜)		¥3,200	¥4,200	¥7,200	¥8,700	¥20,600	¥8,700	
申込人数		名	名	名	名	名	名	名

  

職業病	コース	じん肺	電離X線	鉛	有機溶剤	VDT	その他
料金(税抜)		¥2,900	¥4,000	¥8,000	¥1,700+溶剤別検査料	¥4,600	
申込人数		名	名	名	名	名	名

※消費税は別途いただきます。  
※協会けんぽの一般健診、付加健診、乳がん検診、子宮頸がん検診(単独も含む)のお申込みは、協会けんぽの所定健診申込書を記入して、当院へのFAXと協会けんぽへの申請を必ず行ってください。当用紙でお申込みされた場合、協会けんぽの制度は適用いたしませんのでご注意ください。

4. 健診料金のお支払い方法を○で囲んでください。

1. 振込	2. 当日窓口で支払い
-------	-------------

※健診を受けた結果、要治療、要精密検査の指示がある場合は、保険診療となります。

\*\*\* お申込み・お問い合わせは \*\*\*

独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院 健康管理センター

TEL: 027-243-2212 FAX: 027-243-2150

☎受付時間 AM8:30~11:30/PM1:00~4:00 (土日祝日・年末年始はお休みです)