

健康診断予約申し込みシート

年 月 日
下記のとおり申し込みます

事業所名

〒 -

事業所所在地

担当者氏名

()
()

1. 健診コース(健診項目)について

★ 下記から希望コースをお選び下さい(詳しい内容は次ページをご覧ください)

| ○印 | コース | 料金(税込) | 内 容 |
|----|---------------|--------------------------|-------------------------------|
| | F1: 定期健康診断 | 9,900 | 法定項目(労働安全衛生規則)の健康診断 |
| | L0: 雇入れ時健康診断 | 9,900 | 法定項目(労働安全衛生規則)の雇入れ時の健康診断 |
| | D1: 生活習慣病予防健診 | 7,169 | ※全国健康保険協会(協会けんぽ)補助制度 35以上被保険者 |
| | D2: 生活習慣病健診 | 20,900 | ※協会けんぽ 生活習慣病予防健診と同じ項目 |
| | F4: 健康診断 | 11,000 | 法定の健康診断に便検査、数項目血液検査を追加した健康診断 |
| | 上記に該当しない | ご指定の検査項目をFAXなどでお知らせください。 | |

2. 書類関係及びお支払方法について (該当に○をつけて下さい)

| | |
|---------------------|--|
| 問診票送付先 | 事業所 ・ その他 |
| 結果報告書の様式について | ①当センターの様式で作成 (別途費用はかかりません) ②事業所独自の様式で作成(作成時別途費用が発生致します/550円~880円) |
| 結果送付先 | 事業所 ・ その他 |
| 事業所控え送付先 | 事業所 ・ その他 ・ 不要 |
| お支払方法 | 窓口 ・ 請求※ |
| ※請求をご選択の方 請求書送付先 | 事業所 ・ その他 |

“その他、”についてはこちらに詳細をご記入ください

ご記入された予約シートはFAXにてお送り下さい

確認後、近日中にご連絡を致します。(休診日を除く)

1週間過ぎても連絡のない場合は、お手数ですが弊社までご連絡をお願いします

健診のご希望日につきましては、事前準備の関係上(問診票の送付等)、急なご予約に対応出来ない場合がございますので、余裕をもってご予約下さいますようお願い致します

一般社団法人山口総合健診センター

〒754-0002 山口市小郡下郷1773-1

TEL 083-972-4325 FAX 083-972-3367

2020年11月7日