

2020年度協会けんぽ健康診断申込書

お申込は、協会けんぽ健診対象者一覧（受診者リスト）、本用紙（健康診断申込書）と共に、下記FAX番号までご送信下さい。

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

◎報告書控え発行について 希望項目に○をつけてください

控え要	
控え不要	

*2020年度より企業様控えは『労働安全衛生規則』に定められた検査結果の提供となります。（ご本人様用と書式が異なります）
企業様控えは請求書送付時に同封させていただきます。

◎請求書発行について

請求書発行はご予約10名様以上のご予約を取り纏めて頂ける企業様のみとさせていただきます。
個人でのご予約は当日支払いとなります。

請求内容 希望項目に○をつけてください

希望内容	主コース(協会けんぽ一般健診/定期診断B)のみ	
	主コース(協会けんぽ一般健診/定期診断B)+胃カメラ差額	
	主コース(協会けんぽ一般健診/定期診断B)+胃カメラ差額+協会付加+乳がん検診+子宮頸がん検診	

協会けんぽ補助利用時の負担額 ※税込み金額で表示

協会けんぽ一般健診	7,169円	付加健診	4,802円	子宮頸がん検診	1,039円
乳がん検診 (40歳~48歳)	1,086円	乳がん検診 (50歳以上)	1,655円	*当院オプションは当日支払いとなります	

◎送付先確認 ※上記の事業所所在地と発送先がことなる場合のみご記入下さい。

請求書(企業控)送付先	〒
-------------	---

なお、ご本人様向け書類（問診票 / 健診結果報告書）の送付先は、FAX記載内容確認のご連絡と併せて確認させていただきます。

■お申込み・お問合せ

医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院 <人間ドック・健診センター>

FAX : 092-791-1105

受付時間 平日 8:30~16:00 / 第1・3土曜 8:30~12:00

(但し、祝日及び年始第1土曜日は休診日となります。)