2024年度 事業所健診 (健保対象外自費)

A 基本情報について (問診、結果、請求の送付先)

FAX 0248-42-2226

健康診断事前申込書

健康診断ご担当者 様

フリガナ 会社名

公益財団法人会田病院 健診センター 鈴木・遠藤 〒969-0213

福島県西白河郡矢吹町本町216

TEL:0248-42-3592 FAX:0248-42-2226

当院への健康診断のご依頼を賜り、誠にありがとうございます。 申込に際し確認事項がございますので、お手数ですが下記事項について、ご記入・□欄にチェックを入れてFAXにてお申込み下さい。 日程を調整して担当より、後日ご連絡致します。

事業所住所		f T					
TEL					部署		
	FAX				ご担当者名		
В	ご請求につ	ついて					
基本健診 🗆 会社請求			口当日	窓口支払 口その付	也()	
乳力	がん・子宮頸	がん □ 会社請求	口当日	窓口支払 口その付	也()	
	結果控え	□ 必要	□不要	※控え発行には	、ご本人様の同意書が必要と	<u>-</u> なります。	
D	コース内容	『価格について ※	(料金は全	て税込です 料金が変	更になっております		
	コース	5 #		価格 10.005円	コース		価格
①一般健診自費 ②定期健診 (採血、心電図あり) ※			※雇入時	18,865円	⑤乳がん検診 (40歳~49歳 ⑥乳がん検診 (40歳~49歳		5,720円 3,630円
(3夜勤者健認	診(胸部X線なし)	, I () E / ()	9,460円	⑦子宮頸がん検診		3,850円
	1人間ドック			39,600円	※その他 特殊健診も実施	できます。お問い合	わせください。
С	ご希望健認	診時期・曜日について					
	希望時期	□4月 □5月	□6月 □]7月 □8月 □9月 □]10月 11月 112月 11.	月 □2月 □3月	
	希望の曜日	日平日 口土	曜日 【受	診出来ない日	J	一日最大受診可能人数	人
Е	ご予定者に	こついて					
保	険者証番号	健康保険証の記号					
		※6名标	様以上の場	合はお手数ですが、コピ・	ーしてご利用ください。		
	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	コース(〇で囲んで	(ださい)	希望日
1			男	昭 • 平	一般自費 定期健診	夜勤者	
				年 月 日	乳がん 子宮頸がん	人間ドック	/
			女		(胃カメラ バリウ		
	•		男	昭・平	一般自費 定期健診	夜勤者	,
2			女	年 月 日	乳がん 子宮頸がん	人間ドック	/
					(胃カメラ バリウ.一般自費 定期健診	ム)	
3			男		- 乳がん 子宮頸がん		/
			女	年 月 日	(胃カメラ バリウ		,
4			男	昭·平	一般自費 定期健診		
				年 月 日	乳がん 子宮頸がん	人間ドック	/
			女		(胃カメラ バリウ		
			男	昭・平	一般自費 定期健診		,
5			女	年 月 日	乳がん 子宮頸がん		/
			- -	四·平	(胃カメラ バリウ 一般自費 定期健診		
6			男		- 乳がん 子宮頸がん		/
			女	年 月 日	(胃カメラ バリウ		,