

2024年度
企業健診申込書

医療法人さくら会 さくら医院
愛知県名古屋市緑区鳴子町3-49-23 ナルコス2階
電話(052)892-0200/FAX(052)892-7301

①	フリガナ	
	事業所名	様
	担当者様	様
	ご住所	〒 -
	お電話番号	() -
	FAX番号	() -
	メールアドレス	
	メインの連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
	保険証の種類	全国健康保険協会 その他健康保険組合()

上記以外の事業所へ送付・請求をご希望の場合、ご記入ください。

②	フリガナ	
	事業所名	様
	ご住所	〒 -

ご希望受診期間	月 日() ~ 月 日() 全員同日 ・ 数人ずつ(1日 人) ・ 平日(曜日) ・ 土曜日
ご予約方法	<input type="checkbox"/> 担当者様よりまとめて <input type="checkbox"/> 各々受診者様より※この場合も先に受診者名簿をご送付ください
事前資料の送付先	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 受診者様宅※ご住所を合わせてご連絡ください
会社控え	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※年度内の受診者数が5名未満の場合、1名につき1,100円を頂戴しております
結果・控え送付先	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 控え(事業所)+個人結果(自宅)

※当院の受診歴がない企業様へ
初年度は基本的に窓口支払いをお願いしております。
事業所請求をご希望の場合は、振込確認後に結果発送をさせていただきます。
結果をお急ぎの場合はお電話にてご相談ください。

支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口払い(最終ご受診者がまとめてお支払い)
	<input type="checkbox"/> 当日窓口払い(受診者様負担) ※領収書名()
	<input type="checkbox"/> 事業所請求(月末締め翌月末振込) (<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所②) * お振り込み名義が事業所と異なる場合の名義()
	オプション検査(当日追加も含む)について
	オプション検査: <input type="checkbox"/> 受診者様負担 <input type="checkbox"/> 事業所請求 胃カメラ変更: <input type="checkbox"/> 受診者様負担 <input type="checkbox"/> 事業所請求 胃カメラ鎮静剤: <input type="checkbox"/> 受診者様負担 <input type="checkbox"/> 事業所請求 付加健診 (協会けんぽの場合): <input type="checkbox"/> 受診者様負担 <input type="checkbox"/> 事業所請求
	<input type="checkbox"/> その他()

※振込手数料については貴社にてご負担ください。

就労の可否について	通常の健診コースでの就労の可否の記載をご希望されますか?(雇入時健診を除く) ※当院にて記載する就労の可否につきまして、法的根拠はございません。 必要に応じて産業医様へご確認をお願いいたします。
	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要