

2025年度 健康診断 申込書

ダウンロードver

事業所名				
住所	〒			
電話番号		FAX番号		
担当者	様	受診人数	合計	名

お申し込みはFAXで
お願いいたします。
FAX
055-981-2778

健康診断受診者一覧も
一緒にご送付ください

健診 実施期間	月頃	1日の最大 実施人数	1日	人	除外する曜日が あればご記入ください
------------	----	---------------	----	---	-----------------------

希望する健診コースに人数と胃部検査がある場合は内訳をご記入ください ※健診コースについての詳細は別紙をご覧ください。

コース	人数	胃カメラ			バリウム	胃部検査 なし
		経鼻	経口	細径管 で経口		
深夜業	名	胃部検査は追加できません				
Bコース	名	ご希望の方は【オプション検査】を お申し込み下さい				
Cコース	名					
Dコース	名	名	名	名	名	名

コース	合計 人数	内 訳				
		胃カメラ			バリウム	胃部検査 なし
協会けんぽ		経鼻	経口	細径管 で経口		
一般健診	名	名	名	名	名	名
付加健診 ・ 付加同内容	名	名	名	名	名	名

※ 胃部検査のご希望は必ずご本人にご確認の上、ご記入ください。

※ バリウム検査は体重が90kgを超えている方、胃の手術をしている方、70歳以上の方は検査が出来ない場合があります。事前にお問い合わせ下さい。

【 その他健診 】			
じん肺 健診	アスベスト 健診	有機 溶剤	{ }
名	名	名	名

【 オプション検査 】						
じん肺	アスベスト	胃カメラ			バリウム	{ }
		経鼻	経口	細径管 で経口		
名	名	名	名	名	名	

問診票・検査容器 送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> その他 { }
健康診断結果報告書	<input checked="" type="checkbox"/> 本人用 → ご自宅へ郵送いたします。
会社控え	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → 健康診断結果報告書【控】依頼書のご提出をお願いします
個人オプション	<input type="checkbox"/> 個人精算 <input type="checkbox"/> 事業所精算（下記の支払い方法に準ずる）
【9名様以下】 支払方法	※窓口精算となりますので、領収書についてお答えください <input type="checkbox"/> 領収書不要 <input type="checkbox"/> 領収書必要 → <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 上記事業所名 <input type="checkbox"/> 他 { }
【10名様以上】 請求・支払方法	<input type="checkbox"/> 後日請求 → 月末締め翌月10日までに発行となります。 請求書郵送先 → <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 他 { } 支払い方法 → <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 後日窓口支払

** ご予約に関するお問い合わせは、三島共立病院 直通 055-975-9322にご連絡ください。 **

病院 記入欄	受領	仮予約	予 約	発 送	企業コード
	日付	日付	日付	日付	