健康診断予約申込用紙

勤医協札幌西区病院　健診担当者　宛
TEL 011-663-5711(代表)
FAX 011-662-6128(代表)

※下記必要項目すべて記載の上、FAXにてお申込みください。
お申込み内容について確認をさせていただく場合がありますので連絡先電話番号を必ず記載してください。

会社名		御社 ご担当様		電　話	
会社住所	(〒　　-　　)			FAX	
希望健診コース ※詳細および実施曜日等はホームページにてご確認ください。	**企業健診**　☐ 定期健康診断（旧 企業Ⅰコース）7,700円　☐ 夜勤者健診 6,600円 ☐ 雇入れ時健診(診断書)　9,900円　☐ 人間ドック　33,000円 ☐ **生活習慣病予防健診(協会けんぽ)** **※胃部検査の有無や検査内容はオプション記入欄へ記載してください。** 胃バリウム検査に+2,200円で経口胃カメラ/経口胃カメラ(細)/経鼻胃カメラへの変更が可能です。 ※協会けんぽの健康診断は保険者情報の確認が必須となります。 保険者番号/記号/番号を記載頂くか協会けんぽより発送されている『健診対象者一覧』を添付してください。 保険情報の確認が取れない場合は、全額実費支払いとなりますのでご了承ください。				
お支払い方法	会社宛請求書　・　当日窓口支払い　・　その他（　　） （領収書 ： 個人名 / 会社名 ）　例）胃カメラへの変更代を当日個人で支払い等				
問診票送付先	会社　・　上記住所以外(　　)				
結果送付先	会社　・　上記住所以外(　　)				

保険者番号		←例）01010016
記号		←例）12345678

※西区病院を受診したことがある方で苗字の変更があった方は旧性の記載をお願い致します。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	オプション等	受診希望日 ※第1~第３希望まで記入	番号
ケンシン　ハナコ 例）　健診（協会）　花子	女	S61.12.30	節目、経鼻胃カメラ	6/2、6/9、6/16	14