企業様向け健康診断申込書

フリガナ		フリガナ	
貴社名		ご担当者名	
加入健保名	1. 全国健康保険協会　　・2 その他健康保険組合名（　　）		
ご住所	〒　　－		
TEL			
FAX			

該当項目に☑ を お願いします 。

健診項目 （コース）	☐ **当クリニックのコース で実施【 詳細は 別紙料金表を参照ください】** ☐ 定期健康診断A(法定健診)　　☐ 生活習慣病健診 ☐ 協会けんぽ生活習慣病予防健診 ☐ **貴社指定の項目 で実施【指定項目を 申込書と一緒 に お送りください 】** ☐ **健康保険組合指定の項目 で実施** 健康保険組合名 保険者番号　　記号 ☐ **その他（個別にご相談ください）**
問診送付先	☐ 上記住所へ送付 ☐ その他 住所：〒 担当者名：(
結果送付先	☐ 問診と同様 ☐ その他 住所：〒 担当者名：(
結果会社控え 送付先	☐ 問診と同様 ☐ その他 住所：〒 担当者名：(☐ 必要なし ☐ 代行機関（　　）
支払方法	☐ 貴社宛　請求書を送付 ☐ 当日窓口支払い ☐ 本人様名で領収書　☐ 貴社名で領収書 ☐ 代行機関（　　） ☐ その他（　　）

●必要事項記入し別紙受診者名簿と共にFAX又はメールをお願いします。

社会医療法人黎明会
和歌山健診クリニック・キタデ
TEL 073ー494ー5550
FAX 073－494－5560
mail w-kenshin.kitade@reimeikai.com