

全国健康保険協会 屋島総合病院申込用紙

FAX番号 087-843-9119

事業所名

事業所住所

TEL

FAX

ご担当者名

健康保険証保険者 番号	
健康保険証保険者 記号	

*希望の検査内容に○をして下さい 当院IDは記載の必要はございません
FAX到着後5日以内にご連絡致します。

当院ID	保険証番号	フリガナ	性別	生年月日	胃検査なしの場合は理由も記載下さい			希望時期	
		氏名							
					一般健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ 胃検査なし()	乳がん	子宮がん	付加健診	
					一般健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ 胃検査なし()	乳がん	子宮がん	付加健診	
					一般健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ 胃検査なし()	乳がん	子宮がん	付加健診	
					一般健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ 胃検査なし()	乳がん	子宮がん	付加健診	
					一般健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ 胃検査なし()	乳がん	子宮がん	付加健診	

お願い 請求方法や案内状等の発送について「様式2」の用紙に記載してFAXして下さい。

お問い合わせ先
屋島総合病院健診センター TEL087-844-4666

様式2

年 月 日

FAX 087-843-9119

屋島総合病院 健診センター宛

事業所名

TEL

FAX

健診申し込みありがとうございます。請求方法、資料の送付先等の確認です。当てはまる項目に丸印を、その他があれば内容を記載して下さい。

記

■健診資料の送付先について（問診票・結果）■

1. 事業所 住所（)
2. 自宅

■健診結果事業所控え■

1. 事業所
2. 自宅
3. 不要

⑨当院から送付する事業所控えは、労働安全衛生法に基づく定期健診の診断項目のみの記載内容です。

* 事業主が当院へ健診結果（結果控え）の提供を希望される場合、事業主は受診者の同意を必ず得てください。

■お支払い方法について■

1. 全額事業所請求
2. 全額個人払い

領収書について

個人名のみ

事業所名（個人名有り）

3. 請求を分ける場合（当日一部支払いする場合）

一般健診・定期健診

個人払い

事業所請求

補助対象年齢の付加健診・乳がん・子宮がん

個人払い

事業所請求

胃カメラ変更時の差額料金

個人払い

事業所請求

補助対象外の検査・当院オプション検査

個人払い

事業所請求

* 子宮頸がん検診実施の場合のみ、検査当日子宮エコー・体がん検査を追加可能です。

当日追加の検査料金については、事業所請求は出来ません。検査当日お支払い頂きます。

■請求書の送付先について■ 振込手数料はご負担頂きます。

会社 住所（)

■その他当院への連絡事項■

（)