

健康診断予約申し込みシート

年 月 日
下記のとおり申込みます

事業所名

〒 -

事業所所在地

担当者氏名

()

()

1. 健診コース(健診項目)について

★ 下記から希望コースをお選び下さい(詳しい内容は次ページをご覧ください)

○印	コース	料金(税込)	内 容
	F1: 定期健康診断	9,900	法定項目(労働安全衛生規則)の健康診断
	LO: 雇入れ時健康診断	9,900	法定項目(労働安全衛生規則)の雇入れ時の健康診断
	D1: 生活習慣病予防健診	7,169	※全国健康保険協会(協会けんぽ)補助制度 35以上被保険者
	D2: 生活習慣病健診	20,900	※協会けんぽ 生活習慣病予防健診と同じ項目
	F4: 健康診断	11,000	法定の健康診断に便検査、数項目血液検査を追加した健康診断
	上記に該当しない	ご指定の検査項目をFAXなどでお知らせください。	

2. 書類関係及びお支払方法について (該当に○をつけて下さい)

問診票送付先	事業所 ・ その他
結果報告書の様式について	①当センターの様式で作成 (別途費用はかかりません) ②事業所独自の様式で作成(作成時別途費用が発生致します/540円~864円)
結果送付先	事業所 ・ その他
事業所控え送付先	事業所 ・ その他 ・ 不要
お支払方法	窓口 ・ 請求※
※請求をご選択の方 請求書送付先	事業所 ・ その他

“その他、”についてはこちらに詳細をご記入ください

ご記入された予約シートはFAXにてお送り下さい

確認後、近日中にご連絡を致します。(休診日を除く)

1週間過ぎても連絡のない場合は、お手数ですが弊社までご連絡をお願いします

健診のご希望日につきましては、事前準備の関係上(問診票の送付等)、急なご予約に対応出来ない場合がございますので、余裕をもってご予約下さいますようお願い致します

一般社団法人山口総合健診センター

〒754-0002 山口市小郡下郷1773-1

TEL 083-972-4325 FAX 083-972-3367

2019年10月1日