

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

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      （領収書は個人名）
- 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

\*子宮がん頸癌検診実施の場合のみ、検査当日子宮エコー・体癌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■

（ )