

# 2024年度 健康診断 確認書(協会けんぽ加入事業所用)

※確認書①と申込書②を併せてご提出をお願いします※  
(確認書①は年度内一度のみの提出で結構です)

1

事業所名 (申込団体)		ヘルスケアセンター記入欄	
住所①	〒(      -      )		
TEL		担当者 (申込者)	
FAX			

左記と連絡先(受診者所属先)が別の場合は記入してください

事業所名 (支店名)	〒(      -      )
住所②	
TEL	
FAX	担当者

ヘルスケアセンター記入欄

① 事業所用結果控え  
必要な場合は○をつけてください      必要 (      ) ※必要な場合は『個人情報に関する覚書(問診票送付時に発送)』原本のご提出をお願いしております

② 支払方法

全額当日支払 (領収書宛名 個人名)

全額後日事業所請求 (当日追加オプション→含む・含まない)

「後日事業所請求」と「当日支払」に分ける  
→その場合、後日請求とするものをお選びください

<input type="checkbox"/>	協会けんぽ一般健診
<input type="checkbox"/>	協会けんぽ付加健診
<input type="checkbox"/>	各ドックコース料金
<input type="checkbox"/>	協会けんぽ乳がん検診・協会けんぽ子宮がん検診
<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診
<input type="checkbox"/>	法定健診
<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/>	(      )

④ 郵送物送り先

住所①・②のどちらかに○を付けて下さい  
(※両方記入いただいた場合のみ)

	住所①	住所②
案内・結果	(      )	(      )
覚書・結果控え	(      )	(      )
請求書	(      )	(      )

③ (事業所所在地と異なる場合)  
請求書発行の送付先・宛名名称      送付先:      宛名:

※申込書が足りない場合はコピーまたはヘルスケアセンターのホームページからダウンロードしてお使いください  
 ※予約状況によりご希望のお日にちにご予約をお取りできない場合がございます  
 ※領収書宛名に別途ご希望のある場合はお申し付けください  
 ※送り先に別途指定のある場合はそちらのご住所もご送付ください



## 熊本市医師会ヘルスケアセンター

住所: 〒860-0811 熊本市中央区本荘5丁目15番12号

問合せ先 TEL: 096-366-2711 FAX: 096-366-2750

受付時間: 8:30~17:00(月~金) 8:30~12:00(土曜) (日・祝日・年末年始除く)

E-mail: [hcc-kyoukaikenpo@mbr.nifty.com](mailto:hcc-kyoukaikenpo@mbr.nifty.com)