

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を併せてご提出ください※
(確認書①は年度内一度のみの提出で結構です)

①

(記入例)

事業所名 (申込団体)	〇〇株式会社		ヘルスケアセンター記入欄
住所①	〒(△△△ - △△△△) 熊本市中央区本荘●丁目●番地●号		
TEL	111-111-1111	担当者 (申込者)	熊本 一郎
FAX	222-222-2222		

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) 〇〇株式会社 ××支店
〒(▼▼▼ - ▼▼▼▼)
住所② 熊本市××区×× ×丁目×番地×号
TEL 333-333-3333 担当者 熊本 太郎
FAX 444-444-4444
ヘルスケアセンター記入欄 ()

① 事業所用結果控え冊子について
必要な場合○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 checked="" 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 checked="" 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 ()

昨年度と同様
※新規または変更の場合は
右チェック欄にご記入をお願いします

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 (○) ()

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

※申込書が足りない
※予約状況によりご
※領収書宛名に別途
※送り先に別途指定

「事業所名・ご住所・連絡先」および「支払方法・郵送物送り先等(①～④)」
のご記入をお願いいたします

ヘルスケアセンター
目15番12号
-366-2750
(日・祝日・年末年始除く)