

2025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)	
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 (○) ※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
必要な場合○をつけてください

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
協会けんぽ付加健診
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
生活習慣病健診
法定健診
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○をつけて
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

〒860-0811 熊本市中央区本荘5丁目15番12号

TEL:096-366-2711 FAX:096-366-2750

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

hcc-kyoukaikenpo@mbr.nifty.com