2023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　　担当者

FAX

ヘルスケアセンター記入欄（　　）

①事業所用結果控えについて
必要な場合は〇をつけてください

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

②健診料金のお支払いについて
いずれか1つお選びください

☐ 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

☐ **全額当日支払 （領収書宛名 個人名）**

☐ **全額事業所請求（追加のオプションも含む）**

☐ **事業所請求と当日支払に分ける**

※その場合、事業所請求とするものをお選びください

	協会けんぽ一般健診
	付加健診
	各ドックコース料金
	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
	その他事業所請求のオプション検査等があればご記入ください（　　）

④郵送物送り先
住所①・②のどちらかに〇を付けて下さい
（※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請求書発行の場合の送付先・宛名名称について
（事業所所在地と同一であれば記載不要です）

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

枠	団・仮	本	案

←ヘルスケアセンター記入欄

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