

【企業】健診申込書



- ※ 【協会けんぽ対象の方】生活習慣病予防健診対象者一覧表も併せて送付お願いいたします。
- ※ FAXでお申込みの場合は送信前、事前にご連絡ください。

| | | |
|----------|--|--|
| 予約 状況 | | |
|----------|--|--|

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| 会社ご芳名 | | | |
| ご住所 | | 〒 | |
| ご担当者様氏名 | | | |
| 電話番号（ハイフン付き） | | FAX番号（ハイフン付き） | |
| 保険者番号 | | 保険者記号 | |
| 問診票・結果・請求書 送付先住所・宛名 | | 〒 | |
| | | 宛名: | |
| 請求方法 | | | |
| ※問診票・結果送付先と請求書送付先は、1か所にまとめていただきますようお願い申し上げます。 | | | |
| その他、請求方法などのご希望 | | | |
| 当院からご連絡可能な時間帯 | | | |
| 結果報告について ご希望の欄を必ず チェックしてください。 | <input type="checkbox"/> ① 事業所へは通知不要。本人通知のみで良い。 <input type="checkbox"/> ② 事業所へは法定健診項目のみでよい。 ※原則、複数名をまとめて表示する一覧表でのお渡しになります。 個人毎のコピーを要する場合は、特記事項欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> ③ 事業所へは法定外項目も含めてすべての健診結果を通知してほしい。 ★ ③をご希望の事業所さま 個人情報保護法への対応上、法定外項目の結果を受診者以外に通知するにあたっては、 受診者本人の同意が必要です。貴事業所での対応について確認の上、以下にご署名願います。 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> 事業所の責任者において、事業所が法定外健診項目の結果を受けることをについて 当該受診者へ説明し、同意を得ていることを誓約いたします。 事業所名 _____ 責任者名 _____ 印 _____ </div> | | |
| 特記事項 | | | |

※ 健診日程調整のため、坂総合病院健康管理室からのお電話をおかけすることもあります。
 ※ 申込用紙入力後はメール添付かFAXにて申し込みいただきますようお願いいたします。

公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院 健康管理室

〒985-8506 宮城県塩釜市錦町16-5

TEL 022-367-9053（直通）022-365-5175（代表）

FAX 022-367-9242

※ 電話対応時間

平日12:00～15:30

【企業】健診申込書



公益財団法人宮城厚生協会
坂総合病院
SAKA GENERAL HOSPITAL

※【協会けんぽ対象の方】生活習慣病予防健診対象者一覧表も併せて送付お願いいたします。

※ FAXでお申込みの場合は送信前、事前にご連絡ください。

受診者名・健診コース

※ ご新規の方は必ず郵便番号・ご住所・電話番号の記載をお願いいたします

↓女性の方は入力してください

| 保険証 番号 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 性別 | ※郵便番号/住所 | ※電話番号 | 健診コース (#1) | 胃検査 (#2) | 乳 がん | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | 希望日 第1/第2 | 追加オ プション |
|-----------|-----------------|---------|----|----------|-------|-------------------|----------------------------|---------|----------|----------|------------------|-------------|
| 7777 | ケンシン 知由 健診太郎 | S64.1.1 | 男 | 〒 記入例 | | 例)協会けんぽ (一般健診) | 1.胃カメラ(月～土) 2.バリウム(火～金) | | | | 11月10日 11月12日 | PSA追 加 |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | |

※ #1 健診内容・コース等についてはホームページをご参照ください。ご不明な点がございましたらお問合せください。 <https://www.m-kousei.com/saka/guide/checkup.html>

※ #2 「胃検査」は協会けんぽ・人間ドックの方はご記入ください。

※ 健診日程調整のため、坂総合病院健康管理室からのお電話をおかけすることもあります。

※ 申込用紙入力後はメール添付かFAXにて申し込みいただきますようお願いいたします。



公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院 健康管理室

〒985-8506 宮城県塩釜市錦町16-5

TEL 022-367-9053 (直通) 022-365-5175 (代表)

FAX 022-367-9242

Mail s-kenkan@zmkk.org

※ 電話対応時間

平日12:00～15:30