〈日赤熊本健康管理センター専用〉

2023年度 協会けんぽ健診・日赤健診 確認書

①

太枠内は全てご記入お願いいたします　　所属ｺｰﾄﾞ（　　）

フリガナ

事業所名

住所　〒

TEL:　　FAX:

フリガナ

担当者名

2023年度の健康診断を次のとおり申し込みます。なお、当社において受診者の同意を得たうえで、事前に基本情報（氏名・性別・生年月日等）を提供し、検査結果の報告を依頼します。

こちらに受診される代表者の方の保険証のコピーを貼ってください

のり

［申込人数］（　　）名

［支払い設定］

★請求書は受診月の月末締め、翌月15日（土日祝祭日の場合は、翌営業日）に送付いたします。
事業所請求については原則振込みでお願いいたします。振込みの際の手数料は貴社でのご負担をお願いいたします。

今年度の初回お申込み時に支払い方法を設定いたします。事業所毎に1枚ご提出ください。（みなさま同じ支払方法になります）
※初回申込み後や追加申込み時の変更、個人毎の支払い設定や領収書の切り分けはできませんのでご了承ください。

●下記の支払方法よりいずれか1つに○をつけてください

（　　）**1. 当日窓口支払い**【クレジットカード払い可能】（領収書名は「事業所名＋個人名」）

（　　）**2. 全額 事業所に請求**（当日追加のオプションも含む）

（　　）**3. 事業所に請求**

事業所請求とする項目〔　　〕に○をつけてください
〔　　〕一般健診　5,282円 / 日赤生活習慣病健診10,065円
〔　　〕付加健診　7,971円
〔　　〕各ドックコース
〔　　〕協会けんぽ乳がん検診・協会けんぽ子宮頸がん検診
〔　　〕その他事業所請求のオプション検査
（例：胃カメラ、協会けんぽ詳細健診等）
〔　　〕

プラス ＋

左記項目以外
当日窓口支払い

［事業所控用結果票］

労働安全衛生法に基づく結果のみ

事業所控用結果票送付が不要の場合のみ右の（　）不要に○をつけてください
＊個人結果票は別途お送りいたします

（　　）不要

［受診希望月］

*希望月があれば○をつけてください。なお、ご希望に添えない場合もございます。

4　5　6　7　8　9　10　11　12　1　2　3　何月でも可

その他、日程の希望があればご記入ください（例：1日○名ずつ、土曜不可など）

〔　　〕

＊各個人で都合が悪い曜日が異なる場合は、予約書②、③受診希望月の下の空欄にご記入ください

【センター使用欄】★こちらは記入されないようお願いいたします★

コード			
資料			一括
個票			
日程			
一覧			データ
請求			仮・解

支送請備結契日

契約団体	所属団体	確認者
	ドック	健診
登録者		
日程通知		

日本赤十字社熊本健康管理センター 事業推進課　〒861-8528 熊本市東区長嶺南二丁目1番1号