

# 2024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

所属コード( )

フリガナ 事業所名		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 
住所	〒	
フリガナ 担当者名	TEL FAX	

健康診断を申し込むにあたり、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。

申込人数 ( )名

支払方法 事業所毎の支払い方法を設定いたします。(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。

下記支払方法の番号いずれかを○で囲んでください

1. 全て当日窓口払い 【クレジットカード払い可能】(領収書名は「事業所名+個人名」)	49
2. 全て事業所請求 申込み後に追加したオプション等含む	41
3. 上記に当てはまらない場合 事業所請求とする項目〔 〕に○を付けてください 〔 〕 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 〔 〕 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 事業所に請求する項目 (例:胃カメラ、協会けんぽ詳細健診等) 〔 〕	42 45 43 ( )

左記項目以外  
 当日窓口支払い  
 ※申込み後に追加した  
 オプション等含む

※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。

事業所用結果 労働安全衛生法に基づく結果のみ	受診希望月	*希望月があれば○をつけてください。 なお、コースやオプションの内容によりご希望に添えない場合もございます。
不要の場合のみ下記に○をつけてください *個人結果票は別途お送りいたします。	2024年 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2025年 1 2 3	
( ) 不要	( )	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)

送付物	推進	ドック	健診
一括		登録	
データ		日程通知	
仮・解			