



|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

健康診断ご担当者各位

ほうじゅ健診センター エール Eir

健康診断事務処理等内容確認のお願い

平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
 健康診断を受診いただく皆様の健診案内書類郵送先や費用請求に関わる事務処理対応などを確認させていただきたくご案内申し上げます。

下記の健康診断事務処理確認表に必要な事項をご記入の上、FAXにて当センターまでお送りいただきますようお願い申し上げます。

| 事業所基本情報（請求書郵送先） |                 |
|-----------------|-----------------|
| 事業所所在地          | 〒               |
| 事業所名称           |                 |
| ご担当者            |                 |
| ご連絡先            | TEL ( ) FAX ( ) |

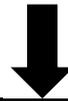
健診案内書類（問診票）郵送先が上記と異なる場合は下記に指定先のご記入をお願いします

| 健診案内書類（問診票）郵送先 |  |                 |
|----------------|--|-----------------|
| 会社             | 事業所所在地   | 〒               |
|                | 事業所名称  |                 |
|                | ご担当者   |                 |
|                | ご連絡先   | TEL ( ) FAX ( ) |
| 個人             | <input type="checkbox"/> 個人宅へ郵送（該当の場合は✓を付けてください） |                 |

（※健康診断結果につきましては、受診者様のご自宅にお送りいたします）

費用請求先

（希望パターンの横の口にご記入ください）



|                          | 健診費用                    | オプション費用   |
|--------------------------|-------------------------|---|
|                          | ■一般健診<br>■付加健診<br>■特殊健診 | ■乳がん検診・子がん検診（補助対象者含む）<br>■胃検査差額・鎮静剤費用<br>他各種オプション費用 |
| <input type="checkbox"/> | パターン①                   | 会社負担  |
| <input type="checkbox"/> | パターン②                   | 会社負担  |
| <input type="checkbox"/> | パターン③                   | 個人負担  |

| 結果表会社控えの有無（○で囲んでください） |    |    |
|-----------------------|----|----|
| 結果表会社控え               | 必要 | 不要 |