

下記全てにご記入の上、協会けんぽの対象者一覧と共にFAXして下さい。
 対象年度内、最初のご予約時にご利用ください。

I. 事業所情報

ふりがな				← 株式会社・一般財団法人等 含めた正式名称をご記入下さい
事業所名				
事業所住所	〒 - -			
電話番号	-	-	FAX番号	-
ふりがな				FAX 枚数
ご担当者名				
				グリーンハウス所定申込書(本用紙) 1部 協会けんぽ所定対象者一覧 ()部

II. 健診結果(ご本人様用)について

新規受診または変更あり(下記①~③へ) 昨年同様(Ⅲへ)

①	自宅へ郵送希望
②	上記事業所へ郵送希望
③	その他()

III. 健診結果(事業所様用控)について

新規受診または変更あり(下記①~③へ) 昨年同様(Ⅳへ)

①	不要
②	上記事業所へ郵送希望
③	その他()

IV. お支払いについて

新規受診または変更あり(下記へ) 昨年同様(記入おわり)

全額当日払い希望(記入おわり) ※受診人数の少ない事業所様は窓口払いにご協力ください。

後日、上記事業所に請求希望 (下記全ての項目にどちらか☑をご記入下さい)

受診項目		負担額	支払方法	
協会けんぽ 補助対象	一般健診	7,169	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	付加健診	4,802	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	子宮がん健診	1,039	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	乳がん検診(マンモ1方向)	1,086	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	乳がん検診(マンモ2方向)	1,686		
肝炎検査	624	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い	
対象外 補助	子宮がん健診	3,850	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	乳腺マンモグラフィ	4,950	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	乳腺エコー	4,950	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い
	その他のOP		<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 窓口払い

= FAX返送先 =

- ◆ 送信いただく書類
 1…本書類(抜かりなくご記入下さい)
 2…協会けんぽの対象者一覧に下記内容を記入したもの。
 ・一般健診、乳がん・子宮がん検診などのご希望項目。
 ・ご希望日またはご希望の曜日や月。
 ・胃カメラまたはバリウムのどちらを選択されるか。

- ◆ FAXを受取後、通常1週間以内にご連絡を差し上げます。
 当院からのTELがない場合、恐れ入りますがお電話にて
 お問い合わせ下さいませようお願い申し上げます。

◇お問合せ先◇
 クリニックグリーンハウス 健診事業部
TEL: 088-871-2529