

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  
 2023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・一般社団法人等を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	グリーンハウス所定申込書(本用紙) 1部 対象者一覧 ( )部
ご担当者名				

**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** ※ 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。

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)

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	5,282	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	付加健診	2,689	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	子宮頸がん健診	970	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳がん検診(マンモ1方向)	1,013	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳がん検診(マンモ2方向)	1,574		
肝炎検査	582	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求	
対象外 補助	子宮頸がん健診	3,850	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳腺マンモグラフィ	4,950	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳腺エコー	4,950	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	その他のOP		<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求

**= FAX返送について =**

- ◆ 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、時間帯。  
 ・胃カメラまたはバリウムのどちらを選択されるか。
- ◆ FAX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**