

下記全項目ご記入の上、申込者名簿(または対象者一覧)と共にFAXして下さい。
2024年度内、初回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) 前年度同様(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(下記1~3へ)

新規受診または変更あり(下記①~③へ) 前年度同様(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 (下記全項目のどちらかに☑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(※木曜以外)	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(※木曜以外)	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

※ 請求(振込)をご希望場合、振込手数料は事業所様でご負担願います。

= FAX返送について =

≪送信いただく書類≫

- ◆様式①・・・抜かりなくご記入下さい。
- ◆対象者一覧または様式②に下記内容を記入したのもの。
 - ・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合せ下さいます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