

クリニックグリーンハウス  
FAX :088-871-2525

2026年度 協会けんぽ人間ドック健診定額補助受診申込書(グリーンハウス用)

様式B

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。  
2026年度内、初回ご予約時にご利用ください。

※人間ドック用

### I. 事業所情報

フリガナ				← 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	- -	
フリガナ				FAX枚数	グリーンハウス所定申込書(本用紙) 1部 ( )部
ご担当者名					申込者名簿 ( )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)  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

新規受診または変更あり(下記①~④へ)  前年度同様(Ⅳへ)

①	不要
②	自宅へ送付希望
③	上記事業所へ郵送希望
④	その他( )

### IV. お支払いについて

食後10時間未満の場合  
協会ドック補助はご利用いただけません

※ コース分の内 25,000円 まで協会けんぽ補助あり。  
例) 当院所定人間ドック 42,900円 を受診の場合  
42,900 - 25,000(協会けんぽ補助) = 17,900(事業所または自己負担)  
オプション検査があれば上記17,900円に追加

補助超過分について、下記A~Cの該当箇所に☑をご記入ください。

A	全額窓口払い
B	全額請求
C	コース分のみ請求、その他窓口払い

※ 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。  
※ 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。

### = お申込み書類の送付について =

≪ご送付いただく書類≫

- ◆様式B・・・抜かりなくご記入下さい。
- ◆対象者一覧または様式B-①に必要な事項を記入したものを。

FAX受取後、通常10日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