

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	〒 -	FAX枚数	グリーンハウス所定申込書(本用紙) 1部 申込者名簿 ( )部	
ふりがな		TEL	-	-
ご担当者名		FAX	-	-

II. 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。  
※ 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。

- 全額当日払い希望(Ⅲへ)  
 後日、上記事業所に請求希望 (下記支払方法の全項目に☑をご記入下さい)

受診項目		負担額	支払方法	
補助対象 協会けんぽ	一般健診(35~74歳)	5,500	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	節目健診	2,780	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	一般健診(20、25、30歳)	2,500	<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)	990	<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)	980	<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)	1,700		
	骨粗鬆症検診	1,110	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	喀痰細胞診	590	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
肝炎検査	540	<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

(Ⅲへ)

Ⅲ. 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(Ⅳへ)

1	自宅へ郵送希望
2	上記事業所へ郵送希望
3	その他:

Ⅳ. 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

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:

(記入終わり)

= お申込み書類の送付について =

《ご送付いただく書類》

- ◆様式A・・・抜かりなくご記入下さい。
- ◆様式A-①またはA-②に必要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