

企業申込書(2025年度)

センター記入欄

ID

総合病院 南生協病院 健診・ドックセンター
名古屋市緑区南大高二丁目204番地
電話(052)625-0489・FAX(052) 625-0490
予約受付10:00～16:30(土曜～11:30)

A	フリガナ		
	事業所名	様	
	担当者様	様	
	ご住所	〒 ー	
	お電話番号	()	ー
	FAX番号	()	ー
	保険証の種類	全国健康保険協会 ・ その他健康保険組合()	

上記以外の事業所へ送付の場合、下記にご住所をご記入ください。

B	フリガナ		
	事業所名	様	
	担当者様	様	
	ご住所	〒 ー	
	お電話番号	()	ー
	FAX番号	()	ー

ご希望受診期間	月 日() ～ 月 日() 全員同日 ・ 数人ずつ(1日 人) ・ 平日(曜日) ・ 土曜日	
問診送付先	☐ 事業所A ☐ 事業所B ☐ 本人(自宅)	
結果・控え送付先 * 結果・控えは同じ送付先	☐ 事業所A ☐ 事業所B * 2022年度より本人様用と控えはまとめて企業様へ送付 させていただきます。ご了承ください。	
お支払い方法	☐ 当日窓口払い(全額)	
	☐ 全額お振込 (☐ 事業所A ☐ 事業所B) 当日追加(胃の組織検査など): ☐ 窓口払い ☐ お振込 * 組織検査は保険診療になる場合、当日窓口払いになります。	
	☐ 基本健診お振込 (☐ 事業所A ☐ 事業所B) * お振り込み名義が事業所と異なる場合の名義() 胃カメラ: ☐ 窓口払い ☐ お振込 付加健診: ☐ 窓口払い ☐ お振込 オプション: ☐ 窓口払い ☐ お振込 胃の組織検査: ☐ 窓口払い ☐ お振込 * 組織検査は保険診療になる場合、当日窓口払いになります。	
	☐ その他 ()	
	<u>※請求書は月末締め、翌月の月初めに郵送させていただきます。</u>	
	<u>※振込手数料については貴社にてご負担ください。</u>	