

申込年月日: 年 月 日

成田赤十字病院<健康管理センター>
TEL : 0476-22-2311(代表)
FAX : 0476-23-7800

一般健診/事業所健診 新規団体申込書

** 下記、必要事項をご記入の上 健康管理センター までFAXをお願いします。 **

事業所

◆事業所名(正式名称)

◆事業所所在地

〒 _____

◆ご担当者様

部署 _____

名前 _____

◆電話番号・FAX番号

TEL _____

FAX _____

◆保険者番号(01などで始まる8桁のもの)

案内・結果

◆案内送付先

本人 or 会社

◆結果送付先

本人 or 会社

※会社用の結果が必要な場合は同意書が必要になります。

請求(一般健診のみ)

事業所健診の場合は全額会社請求となります。

◆一般健診代(5,282円)やOP(オプション)代の請求先について

- 一般+OPすべて個人負担
- 一般+OPすべて会社請求
- 一般は会社負担、OPは個人負担
- その他(一般・乳がん/子宮がん検査は会社負担、その他OPは個人負担 など)
