

申込日 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
MAIL:kenshincenter@narita.jrc.or.jp

生活習慣病予防健診(協会けんぽ)/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 までメールまたは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

◆結果送付先

_____ ※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(生活習慣病予防健診のみ)

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

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 一般+OPすべて個人負担 |
| <input type="checkbox"/> | 一般+OPすべて会社請求 |
| <input type="checkbox"/> | 一般は会社負担、OPは個人負担 |
| <input type="checkbox"/> | その他 |
