

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

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

---