

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(内線7501・7504)  
FAX:0476-23-7800

生活習慣病予防健診/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)  
フリガナ

\_\_\_\_\_

◆事業所所在地

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

◆電話番号・FAX番号

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

◆ご担当者様

部署 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

◆保険者番号(01などで始まる8桁の数字)・記号

保険者番号 \_\_\_\_\_

記号 \_\_\_\_\_

案内・結果

◆案内送付先

本人 or 会社  
\_\_\_\_\_

◆結果送付先

本人 or 会社  
\_\_\_\_\_

※受診者様にお渡しする結果と別に、会社様用として  
結果送付ご希望の場合は同意書の提出が必要になります。

----- 以下、生活習慣病予防健診をご利用の場合、記載お願いいたします。 -----

請求(生活習慣病予防健診のみ)

※事業所健診は全額会社請求となります。

◆健診代(一般健診・付加健診)支払い先について

本人(当日窓口支払い) or 会社(月締め請求書送付)  
\_\_\_\_\_

◆オプション代の請求先について

◇マンモグラフィ/子宮がん  
骨密度/喀痰(協会補助あり)

◇その他オプション(協会補助なし)

本人 or 会社  
\_\_\_\_\_

本人 or 会社  
\_\_\_\_\_