調布東山病院ドック健診センター　予約担当　行　　FAX番号：042-481-5514

医療機関使用欄（　　）

記入日：　　年　　月　　日

# 団体申込書　記入例

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 会社名 | 調布東山病院 | ご担当者様名 | ○○ | その他備考 |
| 住所 | 〒123-456<br>○○都～ | ご加入<br>健康保険組合名 | ☑ 協会けんぽ　☐ その他（　　健康保険組合） | ※当日追加の検査については窓口支払いとなります。<br>～円まで会社請求などといった上限金額を設けることは出来かねます。<br><br>また、便検査の提出が受診日から10日を過ぎますとキャンセルとなりますのでご注意ください。 |
| 電話番号 | 000-000-000 | 保険者番号 | 12345 | |
| FAX番号 | 000-000-001 | 保険証記号 | 12345 | |
| 受診人数 | ○ | 受診期間 | ○年　○月　○日　～　○月　○日 | |
| 受診コースお支払い方法 | **受診コースは全て会社請求となります。あらかじめご了承ください。** | | | |
| オプション検査お支払い方法 | ①健保補助のあるオプション検査：会社請求<br>②自費のオプション検査：会社請求<br>③その他（　　） | | | |
| 請求書送付先 | 本社　その他（　　）　※請求書、結果の送付は受診翌月の15日頃です。 | | | |
| 問診表送付先 | 会社　その他（　　） | | | |
| 結果送付先 | その他　その他（○○　　） | | | |
| 結果会社控え | 必要　送付先（必要の場合）：会社　その他（　　）　※東振協は会社控えを発行できません。 | | | |

## 受診者名簿

↓希望する検査を選択してください。その他は検査名を記入してください。

| ＩＤ（記入不要）<br>（医療機関使用欄） | フリガナ<br>氏　名 | 生年月日 | 性別 | 保険証番号 | 受診コース | 胃部検査<br>胃カメラ（経口）・胃カメラ（経鼻）・バリウム・なし | 乳<br>マンモグラフィ・乳エコー | 子宮頸癌細胞診 | その他 | 第１<br>希望日 | 第２<br>希望日 | 第３<br>希望日 | 時間<br>（医療機関使用欄） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ヒガシヤマ<br>東山 | ○○○○/○○/○○ | 男 | 1 | 一般健診 | 胃カメラ（経口） | なし | × | | ○/○ | ○/○ | ○/○ | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |