

【団体申込書】 **すべて記載、チェックをお願いいたします**

記入日: 年 月 日

会社名			ご担当者様名			その他備考
住所	〒		ご加入健康保険組合名	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> その他(健康保険組合)		~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。 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			保険者番号			
FAX番号			保険証記号			
受診人数			受診期間	年 月 日 ~ 月 日		
受診コースお支払い方法	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 個人支払い(4名以下の場合は個人支払いとなります)					
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		<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 個人支払い			
	②自費のオプション検査		<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 個人支払い			
	③当日のオプション検査		<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 個人支払い			
	④その他					
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> その他()				請求書、結果の送付は受診翌月の15日ごろです	
問診表送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他()					
結果送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他()					
結果会社控え	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	送付先(必要な場合):		<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> その他()		※東振協は会社控えを発行できません

受診者名簿 **記入例です。受診者名簿のタブに記載をお願いいたします**

↓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) 医療機関使用欄	フリガナ氏名	生年月日	年齢(年度年齢)	性別	保険証番号	受診コース	胃部検査	乳がん検診	子宮頸癌細胞診	その他検査
		ケンシン タロウ	S35.11.10	64	男	5	協会一般	<input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳エコー <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	健診 太郎	第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
		10月28日	10月29日	10月以降水曜日可能						
ID(記入不要) 医療機関使用欄	フリガナ氏名	生年月日	年齢(年度年齢)	性別	保険証番号	受診コース	胃部検査	乳がん検診	子宮頸癌細胞診	その他検査
	ケンシン ハナコ	S50.9.28	49	女	7	協会差額ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input checked="" type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input checked="" type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	甲状腺
	健診 花子	第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
		11月1日	11月2日	土曜日以外						

↓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) 医療機関使用欄		フリガナ 氏名	生年月日	年齢 (年度年齢)	性別	保険証番号	受診コース	胃部検査	乳がん検診	子宮頸癌細胞診	その他検査
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				
								<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
			第1希望日	第2希望日	備考		確定日(医療機関使用)				