

令和6年度 協会けんぽ 補助対象外 小禄病院用

返信日 令和 年 月 日

フリガナ

企業名

住所

担当

TEL

FAX

健診費用支払い方法		事業者への結果報告書控
健診 コース 料金	<input type="checkbox"/> 全額本人支払(当日)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 全額会社請求	ご本人用の結果郵送先
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅
※ 会社請求については、4名以上から可能です。請求書は翌月10日前後に郵送予定です。		※ 受診者の同意が必要です。希望しない方がいる場合は、予めご連絡をお願いします。
オプション	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 会社請求	婦人科 <input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 会社請求

準備物の郵送先  会社  自宅

※健康診断A・B・Cコースは、事前に郵送する準備物はありません。当院ホームページより問診票と注意事項の用紙をダウンロードしてご使用下さい。

※準備物の郵送先は、受診者様毎に別々ではなく、統一でお願い致します。

※内容確認後、FAXにて確定日をお知らせ致します。準備物は予約日の前月に郵送予定です。

確定日 (医療機関記入欄)	希望日	フリガナ 氏名	性別	健診コース		検査項目	A	B	C	深夜					
				<input type="checkbox"/> 健康診断A 5,500円	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(バリウム) 18,865円										
1	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(胃カメラ) 23,265円	身体測定 (身長・体重・腹囲・BMI)	●	●	●	●					
	② /			<input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円	<input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 32,000円						視力・聴力・血圧測定	●	●	●	●
	③ /														
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	小禄病院 受診歴	尿検査 (尿糖・尿蛋白・尿潜血 ウロビリノーゲン)	●	●	●	●							
	住所		有・無						肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)	●	●	●	●		
	電話番号													貧血検査 (ヘマトクリット・ヘモグロビン 白血球・赤血球)	●
2	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(胃カメラ) 23,265円	血糖検査 (空腹時血糖)	●	●	●	●					
	② /			<input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円	<input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 32,000円						HbA1c	●	●	●	●
	③ /														
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	小禄病院 受診歴	心電図検査	●	●	●	●							
	住所		有・無						医師の診察	●	●	●	●		
	電話番号														
3	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(胃カメラ) 23,265円	医師の診察	●	●	●	●					
	② /			<input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円	<input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 32,000円						HbA1c	●	●	●	●
	③ /														
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	小禄病院 受診歴	心電図検査	●	●	●	●							
	住所		有・無						医師の診察	●	●	●	●		
	電話番号														