

事業所名 _____ 担当者名: _____

〒 _____
所在地 _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

問診・結果郵送先(事業所かご自宅のみとなります。) ※個人住所の場合は自宅とご記入をお願いします。(郵送先一律でお願いします。)
〒 _____

請求先住所(所在地と住所が異なる場合ご記入) ※領収書の再発行、会社・本人用等2枚別々の発行も行いませんのでご了承下さい。
〒 _____

お支払方法について

※請求書が届きましたら翌月迄にお支払いください。

会社請求・本人負担[窓口支払]・その他を選択(○印)して下さい。 お支払方法は一律でお願いします。

① 【お支払方法】 全て会社請求(当日追加料金の項目も含む) ・ 全て窓口支払 ・ その他

◆◇その他選択について◇◆

※予約確定後、本人様が追加変更される場合もございます。下記どちらかを**全て**選択(○印)して下さい。

② 全国健康保険協会生活習慣病予防健診(対象者)

| コース名 | 料金(税込) | 支払い方法 | |
|-----------------------------|---------|-------|------|
| 一般健診 | 7,169円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 付加健診 (40歳・50歳対象者) | 11,971円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 付加健診 (通常料金) | 16,772円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| (特別割引4~5月・1~3月) | 13,472円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 半日ドック (通常料金) | 22,404円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| (特別割引4~5月・1~3月) | 19,104円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 乳がん検査 (マンモグラフィ検査・40歳以上偶数年齢) | 1,686円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 乳がん検査 (マンモグラフィ検査・50歳以上偶数年齢) | 1,086円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 子宮がん検査 (20歳以上偶数年齢) | 1,039円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 肝炎ウィルス検査 | 624円 | 会社請求 | 窓口支払 |

③ 全国健康保険協会生活習慣病予防健診の対象年齢にならない方、
又は被保険者ではない方

※全てどちらかに○を付けてください。

| コース名 | 料金(税込) | 支払い方法 | |
|-----------------|---------|-------|------|
| 定期健康診断(法定健診) | 9,900円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 一般健診と同様内容 | 22,000円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 付加健診と同様内容 | 28,468円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 半日ドック (通常料金) | 34,100円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| (特別割引4~5月・1~3月) | 28,600円 | 会社請求 | 窓口支払 |

④ その他の項目

※全てどちらかに○を付けてください。

| 検査名 | 料金(税込) | 支払い方法 | |
|--------------------------|--------|-------|------|
| 胃カメラ差額料 (胃バリウムから変更した場合等) | 5,500円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 鎮静剤(胃カメラにて投与した場合) | 2,200円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| マンモグラフィ検査(協会けんぽ補助対象外) | 6,050円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 乳線エコー検査(協会けんぽ補助対象外) | 3,850円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| 子宮がん検査(協会けんぽ補助対象外) | 3,850円 | 会社請求 | 窓口支払 |
| その他オプション費用 | | 会社請求 | 窓口支払 |

※ 上記以外の追加オプション検査・当日コース変更に伴う支払方法などご記入をお願いします。(なるべく詳しく)

例) 婦人科追加項目(経膈IC-検査・HPV検査)支払方法など

例) その他追加オプション項目(脳MRI・ピロリ検査・前立腺がん検査)支払方法など

* 上記お支払い方法・個人負担の有無など、貴社社員皆さまへご周知下さいます様、何卒よろしくお願いいたします。