

下記**全項目**ご記入の上、申込者名簿(または対象者一覧)と共にFAXして下さい。
 2025年度内、**初回ご予約時**にご利用ください。

I. 事業所情報

ふりがな				← 株式会社・一般社団法人等を含めた正式名称をご記入下さい
事業所名				
事業所住所	〒 - -			
電話番号	- -	FAX番号	- -	
ふりがな				グリーンハウス所定申込書(本用紙) 1部 対象者一覧 ()部
ご担当者名				

II. 健診結果(ご本人様用)について

新規受診または変更あり(下記1~3へ) 前年度同様(Ⅲへ)

1	自宅へ郵送希望
2	上記事業所へ郵送希望
3	その他()

III. 健診結果(事業所様用控)について

新規受診または変更あり(下記①~④へ) 前年度同様(Ⅳへ)

①	不要
②	自宅へ送付希望
③	上記事業所へ郵送希望
④	その他()

IV. お支払いについて ※ 受診人数の少ない事業所様は**窓口払い**にご協力ください

新規受診または変更あり(下記へ) 昨年同様(記入おわり)
 全額当日払い希望(記入おわり)
 後日、上記事業所に請求希望 (下記**全項目**のどちらかに☑をご記入下さい)

受診項目		負担額	支払方法	
協会けんぽ 補助対象	一般健診	5,282	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	付加健診	2,689	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	子宮頸がん健診(※木曜以外)	970	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳がん検診(マンモ1方向)	1,013	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳がん検診(マンモ2方向)	1,574		
	肝炎検査	582	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
対象外 補助	子宮頸がん健診(※木曜以外)	3,850	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳腺マンモグラフィ	4,950	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	乳腺エコー	4,950	<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求
	その他のOP		<input type="checkbox"/> 窓口払い	<input type="checkbox"/> 会社請求

※ 請求(振込)をご希望場合、振込手数料は事業所様でご負担願います。

= お申込み書類の送付について =

≪ご送付いただく書類≫
 ◆様式①・・・抜かりなくご記入下さい。
 ◆対象者一覧または様式②に下記内容を記入したもの。
 ・一般健診、乳がん・子宮がん検診などのご希望項目。
 ・ご希望日またはご希望の曜日や月、時間帯。
 ・胃カメラまたはバリウムのどちらを選択されるか。

FAX受取後、通常**1週間以内**にご連絡を差し上げます。
 当院からのTELがない場合、恐れ入りますが**お電話にて**
 お問い合わせ下さいようお願い申し上げます。

◇お問合せ先◇
 クリニックグリーンハウス 健診事業部
TEL: 088-871-2529