

企業申込書

センター記入欄
ID

総合病院 南生協病院 健診・ドックセンター
 名古屋市緑区南大高二丁目204番地
 電話(052)625-0489・FAX(052)625-0490
 予約受付10:00～16:30(土曜～11:30)

A	フリガナ	
	事業所名	
	担当者様	様
	ご住所	〒 -
	お電話番号	() -
	FAX番号	() -
	保険証の種類	全国保険協会 ・ その他健康保険組合()

上記以外の事業所へ送付の場合、下記にご住所をご記入ください。

B	フリガナ	
	事業所名	
	担当者様	様
	ご住所	〒 -
	お電話番号	() -
	FAX番号	() -

ご希望受診期間	月 日() ~ 月 日() 全員同日 ・ 数人ずつ(1日 人) ・ 平日(曜日) ・ 土曜日
問診送付先	<input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B <input type="checkbox"/> 本人(自宅) <input type="checkbox"/> その他()
結果送付先	<input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B <input type="checkbox"/> 本人(自宅) <input type="checkbox"/> その他()
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口払い(全額)
	<input type="checkbox"/> 全額お振込 (<input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B) 当日追加(胃の組織検査など): <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込
	<input type="checkbox"/> 基本健診お振込 (<input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B) 胃カメラ: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 付加健診: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 オプション: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 胃の組織検査: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	※請求書は月末締め、翌月の月初めに郵送させていただきます。 ※振込手数料については貴社にてご負担ください。