

# 企業申込書(2026年度)

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)

センター記入欄  
 ID

A	フリガナ	
	事業所名	様
	担当者様	様
	ご住所	〒 -
	お電話番号	( ) -
	FAX番号	( ) -
	保険証の種類	全国健康保険協会 ・ 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	様
	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)
結果・控え送付先 * 結果・控えは同じ送付先	<input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B    * 2022年度より本人様用と控えはまとめて企業様へ送付させていただきます。ご了承ください。
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 ) 当日追加オプション: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 <b>* 胃の組織検査は当日窓口払いになります。</b>
	<input type="checkbox"/> 基本健診お振込 ( <input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B ) * お振り込み名義が事業所と異なる場合の名義( ) 胃カメラ: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 節目健診: <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 <b>* 胃の組織検査は当日窓口払いになります。</b>
	<input type="checkbox"/> 人間ドックお振込 ( <input type="checkbox"/> 事業所A <input type="checkbox"/> 事業所B ) オプション: <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> お振込 <b>* 胃の組織検査は当日窓口払いになります。</b>
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>※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。</b> <b>※振込手数料については貴社にてご負担ください。</b>