



記入例

別紙1

事業主様

令和8年度お申込み確認書

下記をご記入いただき健診申込書と併せてお送りください。

(フリガナ)			
事業所名			
事業所住所	〒	-	
ご担当者名			
ご連絡先(TEL)		ご連絡先(FAX)	

事業所様情報の記入をお願いします。

◎書類の送付先（1 事業所は上記の住所に送付させていただきます。）

問診票・健診キット	<input checked="" type="radio"/> 1 事業所	2 個人宅	3 その他[]
個人結果	<input checked="" type="radio"/> 1 事業所	2 個人宅	3 その他[]
事業所控え	<input checked="" type="radio"/> 1 事業所	2 その他[]	3 不要

問診票・個人結果・事業所控えの送付先に○をつけてください。「その他」へ変更希望の場合は、変更のご住所を必ずご記入ください。

健診結果報告書の事業所控えは、法定内項目(労働安全衛生法)を事業所へ送付させていただきます。その他の項目が必要な場合は、ご相談ください。※全項目での報告が必要な場合は、申請書(当センター様式)が必要となります。

[その他備考欄]

◎お支払い方法

<input checked="" type="radio"/> 1 全て事業所にご請求(受診者が個人的に追加したオプション検査も含む)
2 オプション検査のみ窓口でのお支払い
3 全て窓口でのお支払い(オプション検査も含む)
4 その他[]

お支払い方法に○をつけてください。「4、その他」へ変更希望の場合は、お支払い方法を必ずご記入ください。

◎請求書送付先（1 事業所は上記の住所に送付させていただきます。）

1 事業所	2 その他[]
-------	----------

※請求書は、全て月締めで上記事業所へ送付させていただきます。

[その他備考欄]

◎「NEW」協会けんぽ補助ドック（E）をお申込みの方について

※下記内容をあらかじめご了承の上、お申込みをお願いいたします。
→ご確認いただきましたら、左側の□欄にチェックをお願いたします。

<input checked="" type="checkbox"/>	協会けんぽ補助ドックを希望される場合、対象検査項目を全て受診いただくことが必須条件となります。
<input checked="" type="checkbox"/>	健診当日医師による結果説明および特定保健指導（対象者のみ）を受けていただく必要があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	協会けんぽ補助ドックは、偶数年齢の際に費用補助がある乳がん検診・子宮頸がん検診・骨粗しょう症検査はご利用できません。ご希望の場合は日帰り希望ドック（D）をご検討ください。

協会けんぽ補助ドックEをお申込みの場合は必ず☑を入れてお申込みください。

(公財)熊本県総合保健センター TEL : 096-365-2323 ガイダンス① FAX : 096-365-2616 施設健診部 施設企画室
[電話対応時間] 平日 AM9 : 00~12 : 00/PM1 : 00~4 : 00