

事業所様 登録書

NO.1

事業所様名	
ご住所	〒
TEL	
FAX	
ご担当者様	
保険者名・番号	
代行機関名	※代行機関を通じてお申込みをされる場合、又は、健診料金のご請求が代行機関様宛となる場合には、必ずご記入ください。

受診者様が持参される 利用券または受診券	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
結果表のご送付先 (定期検診コースの方は受診者様用も事業所様へお送りいたします)	受診者様用 (1部)	<input type="checkbox"/> 事業所の住所へ郵送(受診者様宛) <input type="checkbox"/> 自宅の住所へ郵送(受診者様宛) <input type="checkbox"/> 事業所ご担当者様へ郵送
	事業所様用控え (1部)	<input type="checkbox"/> 事業所ご担当者様へ郵送 <input type="checkbox"/> 健保組合様または代行機関様へ郵送 <input type="checkbox"/> 不要

ご請求書 送付先	請求書宛名： <input type="checkbox"/> 事業所様名で発行 <input type="checkbox"/> 健康保険組合様名で発行 <input type="checkbox"/> 代行機関様名で発行
	※宛名・送付先が1枚目と異なる場合のみ、下記にご記入ください。 請求書宛名： 送付先住所： TEL： FAX： ご担当者様：
オプション検査	<input type="checkbox"/> 受診者様へ請求 <input type="checkbox"/> 健康保険組合様へ請求 <input type="checkbox"/> 事業所様へ請求 <input type="checkbox"/> 代行機関様へ請求
胃カメラ検査 ¥2,200(税込)	<input type="checkbox"/> 受診者様へ請求 <input type="checkbox"/> 健康保険組合様へ請求 <input type="checkbox"/> 事業所様へ請求 <input type="checkbox"/> 代行機関様へ請求
胃カメラ麻酔※1 ¥1,980(税込)	<input type="checkbox"/> 受診者様へ請求 <input type="checkbox"/> 健康保険組合様へ請求 <input type="checkbox"/> 事業所様へ請求 <input type="checkbox"/> 代行機関様へ請求
特定健診	<input type="checkbox"/> 特定健診データは紙ベースで必要 ※2 <input type="checkbox"/> XMLデータで必要(40歳以上) <input type="checkbox"/> 質問票(22項目)のコピーが必要 <input type="checkbox"/> 特定健診は必要でない

※1 緊張をとる注射について

胃カメラ検査が苦手な方(嘔吐反射が非常に強い方)は、緊張をとる注射をした方がよい場合もあります。ご本人様からの**希望がある場合のみ**実施しております。事前にご郵送する書類にて希望をお伺しております。

※2 特定健診データ(紙)について

人間ドックご受診の場合はご希望でなくても結果表に自動で表示されます。定期健診ご受診の場合は特定健診を含む項目の受診が必要です。上記条件を満たし、チェックを記入された事業所様は結果表に表示されます。

※胃カメラにおいて「組織検査」もしくは「処方」が発生した場合について

胃カメラ検査中に施行医師が必要と判断した場合のみ、実施します。**保険診療扱い**となりますので、検査当日窓口にて受診者様のお支払いとなります。

新古賀クリニック 健康管理センター
TEL:0942-35-3170
FAX:0942-35-3875