

平成 年 月 日

健康診断申込書（企業健診）

長野市民病院長

つぎのとおり、長野市民病院の企業健診を申込みます。

受診コース 料 金 (一人・税込)	<input type="checkbox"/> 一般健康診断 9,900円	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 胃部レントゲンあり 25,300円 胃部レントゲンなし 11,000円
受診人数	名	<input type="checkbox"/> 胃部レントゲンあり 名 ----- <input type="checkbox"/> 胃部レントゲンなし 名
受診者負担 (受診当日窓口支払)	<input type="checkbox"/> なし (全額事業所負担) <input type="checkbox"/> あり (円)	<input type="checkbox"/> なし (全額事業所負担) <input type="checkbox"/> あり (胃部レントゲンあり 円) (胃部レントゲンなし 円)
連絡事項		

- * 検査内容については、案内書（「企業健診のお申し込みについて」）により確認してください。
原則として検査内容は変更できません。
受診者記録および受診日設定のため、受診者ごとの「受診カード」（健診予約票）を併せてお出してください。
料金のうち事業所負担分については検診日の翌月にまとめてご請求いたします。

事業者名

⑨

所在地

電話番号

FAX

事務担当者名