

健診診断申込書（企業・団体・グループ様）

1. 申込される企業・団体様の情報をご記入ください。

申込日	20 年 月 日		
企業 団体様名称		電話・FAX	電話： FAX：
所在地	〒 -	ご担当者様 氏名（ ） ご連絡可能な時間帯（ : ~ : ）	

2. 受診予定者合計人数

おおよその受診予定者数をご記入ください。 () 名様

3. ご希望のコースにチェックをつけてください。（料金は税込です）

一般向け健診		企業向け健診	
<input type="checkbox"/> 基本コース	18,000 円	<input type="checkbox"/> 定期健康診断	8,000 円
<input type="checkbox"/> 精密コース	36,000 円	<input type="checkbox"/> 簡易健診	4,000 円
* 胃部X線検査(胃透視)を胃カメラへ変更		専門検診	
<input type="checkbox"/> 胃カメラを希望する	4,000 円	<input type="checkbox"/> 心臓検診コース	40,000 円

※ セット料金のため、一部の検査をキャンセルされても料金の変更は致しません（できません）。

4. ご希望のオプションにチェックをつけてください。（料金は税込です）

検体検査		その他検査	
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット	4,300 円	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(胃透視)	9,200 円
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査	2,900 円	<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査	13,200 円
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査	1,300 円	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	3,400 円
<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査（ABC検診）	3,500 円	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	5,500 円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査	12,000 円	<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査	1,000 円
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量	1,000 円	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	2,000 円
<input type="checkbox"/> 便潜血検査	1,000 円	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定	2,500 円

5. 健診費ご請求先（上記と異なる場合にご記入ください）

企業 団体様名称		電話・FAX	電話： FAX：
所在地	〒 -	ご担当者様 氏名（ ） ご連絡可能な時間帯（ : ~ : ）	

6. ご希望の決済方法にチェックをつけてください。

- 全員分を一括請求（終了後または月締めにて請求書送付）
- 各個人様が個々に窓口にてお支払い
- その他（ ）