**ヘルスプロおおまち　団体利用申込みフォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 202 年　　月　　日 |

（１）基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業・団体  ［①］ | 名称 |  | 連絡先 | TEL |  |
| 住所 | 〒　　　　－ | FAX |  |
| MAIL |  |
| 健診担当者  ［②］ | 氏名 |  | 連絡先  \*上記と異なる場合 | TEL  （内線） |  |
| 営業所  担当課名 |  | FAX |  |
| 住　所  \*上記と異なる場合 | 〒　　　　－ | MAIL |  |

（２）健診処理情報　　　記入前に別紙「WEB予約・問診・結果配信について」をよくお読みください

|  |  |
| --- | --- |
| Web予約対応 | □ 希望する □ 希望しない |
| 健診案内送付 | □ ①企業・団体 □ ②健診担当者 □ 受診者本人宅 |
| 健診結果送付  ＊送付先について、  「①企業・団体」  「②健診担当者」は  上記（１）基本情報の  内容となります | 1-1)本人結果　　 □ Web結果配信 （Webアカウント作成が必要になります）  □ 紙による送付　　 （追加料金が発生します）  　　1-2）本人結果送付先 □ ①企業・団体　　□ ②健診担当者　　□ 受診者本人宅  　　　　　　　　＊紙による送付の場合 |
| 2-1)結果控え □ 電子データ（PDFなど）による送付　　　□ 不要  □ 紙による送付 （追加料金が発生します）  2-2)結果控え送付先 □ ①企業・団体　　□ ②健診担当者  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3)結果控え項目 □ 全項目 （受診者本人の同意が必要になります）　※  □ 法定項目のみ |
| 健診料金請求  ＊送付先について、  「①企業・団体」  「②健診担当者」は  上記（１）基本情報の  内容となります | 1)コース料金 □ 企業・団体請求 □ 受診者請求（窓口支払い）  2)オプション等  ○個人オプション代 □ 企業・団体請求 □ 受診者請求（窓口支払い）  ○胃カメラ差額代　 □ 企業・団体請求 □ 受診者請求（窓口支払い）  ＊協会けんぽ健診コースの場合  ○乳がん・子宮がん検診代　 □ 企業・団体請求 □ 受診者請求（窓口支払い）  ＊協会けんぽ健診コースの場合  3)請求書送付先 □ ①企業・団体　　 □ ②健診担当者  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ 「全項目」の結果控えが必要な場合には、会社側にて受診者本人への同意を取得するようにしてください

（３）健診内容　　　　　 記入前に別紙「人間ドック・健康診断のご案内」「「協会けんぽ健診のご案内」をよくお読みください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入健康保険 | 保険者番号 |  |
| 健康保険組合名 |  |
| 保険証記号 |  |
| 健診事務代行業者 | □ 利用なし □ 利用あり（代行業者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 健康診断コース | 2024年度　**健診センターの利用がある**企業・団体  □ コース内容の変更希望　　　　　□ これまでのコース内容で継続希望  ※検査料金単価改定に伴いコース料金に変更がある  可能性がございますのでご了承願います。  　　　　　　別紙「健診コース　検査項目表」への記入をお願いします | |
| 2024年度　**健診センターの利用がない**企業企業・団体（新規）  　希望するコースを選択してください　＊複数チェック可  　　　　ヘルスプロおおまち　指定健診コース  □ 人間ドックコース □ 生活習慣病予防健診コース  □ 定期健康診断 プレミアムコース □ 定期健康診断コース  　　　　協会けんぽ・健康保険組合・健診事務代行業者　指定健診コース  □ 協会けんぽ健診コース  □ 健康保険組合・健診事務代行業者　指定健診コース  　　　　　　　　　　　　　　　健診コース名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　上記以外  □ オリジナルカスタマイズ健診コース  別紙「健診コース　検査項目表」への記入をお願いします  □ 婦人科単独健診  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 各種検査 | １）胃の検査　　 □ 胃カメラのみ　　 □ バリウムのみ  □ 両方選択可 □ 胃の検査なし | |
| ２）乳がん検査　　 □ マンモグラフィ―検査のみ　 □ 乳腺エコー検査  □ 両方可 □ 乳がん検査なし | |
| ３）子宮がん検査 □ あり □ なし | |
| 受診人数（見込） | 名 | |
| 受診希望時期 | 月　～　　　　　　月頃 | |

＊紹介者情報　　　　　　お申込みにあたり、ご紹介者がいらっしゃいましたら記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介者名 |  | 連絡先 | TEL |  |
| 所属  （企業・団体名等） |  | MAIL |  |