**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 |  |