

**ヒロオカコース 法定健診 申込書 (自費)**

- ・ 社会保険にご加入中でも**健保の補助対象ではない方**
- ・ 国民健康保険ご加入の方

- ▶ 法定 A : 診察・身体計測・聴力・視力・血圧・尿検査・胸部X線  
 ¥ 6,000(税抜) \*血液検査と心電図検査は含まれておりません
- ▶ 法定 B : 診察・身体計測・聴力・視力・血圧・腹囲・尿検査・血液検査・心電図・胸部X線  
 ¥ 11,000(税抜) (血液項目) 中性脂肪・HDL/LDLコレステロール・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・空腹時血糖・HbA1c  
 血液一般(白血球数/赤血球数/血小板/ヘモグロビン/ヘマトクリット/その他) □後日の血液項目追加できませんので、必ずご確認ください
- ▶ 申込方法 : 健診日をご予約の後、下記の必要事項と個々で割り振った日程も含めすべてご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。
- ▶ 書類送付先 : 一括して検査キットを事業所へお送りする場合は、下記の事業所住所へお送りいたします。  
 検査キット、請求書、結果報告書の送り先が相違する場合は、それぞれご住所の記入をお願いします。(例：本社や支店など区別する場合)
- ▶ お支払い方法 : ①窓口にて個々の現金払い(領収書名は会社名か個人名か選択) ②月ごとに一括して会社へ請求書発行、その後銀行振り込み  
 願います □ 窓口払い(領収書宛名→ 会社名 ・ 個人名 ) □ 会社請求(オプション分→ まとめて請求 ・ 超過分は窓口にて本人払い )

事業所名(正式名) 事業所TEL ご担当者様 様

事業所住所 〒 □宛先の間違いが無いよう細かくご記入ください

健康保険証の種類 □ 保険証名称(保険者名) : 事業所記号(数字) :

▼上記と送付先が異なる場合のみ、ご記入ください。

送り先の宛名 TEL

住所 〒 □宛先の間違いが無いよう細かくご記入ください

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日・時間	コース	オプション・備考
	男 ・ 女	年 月 日	: ~ 月 日 ( )	法定 A ・ 法定 B	

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日・時間	コース	オプション・備考
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	
	男 ・ 女	年 月 日	月 日 ( ) : ~	法定 A ・ 法定 B	