

2025年度（令和7年度）【事業所用】脳ドック・PET-CTがん検診 専用申込書①

申込日	/
-----	---

◆健診案内（請求書）送付先 ※事業所名は「正式名称」を記載願います			
事業所名カナ			
事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号			FAX番号
ご担当者			

◆請求書送付先が左記と違う場合はご記入ください			
事業所名	カナ		
	名称		
事業所所在地	〒		
電話番号			
FAX番号			

以下について、どちらかに○を付してください

・支払方法（費用請求先）	事業所	受診者
・事業所への健康診断結果表の送付	必要	不要

※支払いが受診者の場合は、事業所様への結果表送付はありません
※結果表が「必要」の場合は、受診者本人の了承を得てください

◆申込書を送信してから1週間経過しても、当院から電話やFAX等がない場合は、お手数ですがご連絡をお願い致します。
◆お支払い方法は事業所単位となります。受診者ごとはお引き受け致しかねます。
◆事業所への請求書・結果表は翌月10日前後の発送となります。
◆受診者が窓口支払いした領収書名は、受診者の氏名となります。

病院使用欄

確認日	/
担当者	

2025年度（令和7年度）【事業所用】脳ドック・PET-CTがん検診 専用申込書②

事業所名「正式名称」		フリガナ	
------------	--	------	--

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号	
-----------------	--------------	--

保険証 番号	フリガナ/氏名/生年月日/患者ID	性別	郵便番号/住所/電話番号	健診コース 「どちらかに○を付してください」		健診希望日（自由記載です）
000	フリガナ ニッセキ ハナコ	男・女 女	〒 000-0000	脳ドック	PET-CTがん検診	早い日をお願いします
	氏名 日赤 花子		住所 北見市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇号 〇〇マンション000号室			
	S・H 〇〇年 〇〇月 〇〇日		電話 090-0000-0000			
	ID 2345678					
	フリガナ	男・女	〒	脳ドック	PET-CTがん検診	
	氏名		住所			
	S・H 年 月 日		電話			
	フリガナ	男・女	〒	脳ドック	PET-CTがん検診	
	氏名		住所			
	S・H 年 月 日		電話			
	フリガナ	男・女	〒	脳ドック	PET-CTがん検診	
	氏名		住所			
	S・H 年 月 日		電話			

◆脳ドック→1日1名（火曜日～金曜日）祝祭日等を除く PET-CTがん検診→不定期実施となります（事前にお電話等にてご確認願います）