

2025年度（令和7年度）人間ドック申込書【事業所用】

申込日	/
-----	---

申込事業所	
カナ	
名称	
事業所所在地	〒
電話番号	FAX番号
ご担当者	

備考欄「連絡事項等あればご記載願います」

- ◆事業所様への請求書及び結果表は、月末締め翌月10日頃の発送となります。（場合によっては遅延することがございます）
- ◆健診の日程変更は、原則お受けできません。但し、どうしても変更が必要な場合はお受けする場合があります。

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、受診者本人の了解を得てください。

病院使用欄

確認日	/
担当者	

2025年度（令和7年度） 人間ドック申込書【事業所用】

事業所名「正式名称」	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇〇〇	事業所名	株式会社〇〇〇〇	
健康保険被保険者証の保険者番号		11111111	健康保険被保険者証の記号		2222222

健康 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	胃部検査 「いずれかを選択願います」			健診希望日 (自由記載です)	日赤オプションを希望される 場合は以下にご記入ください	
250	カ ナ ニッセキハナコ	男	〒 090-0000	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃管内視鏡検査			
	氏 名 日赤 花子	・	住 所 北見市〇〇町〇丁目〇〇番地 〇〇マンション105号室			経口	経鼻		鎮静 経口
	(S)・H 〇〇年 〇〇月 〇〇日	女							
	ID 12357852	電 話 090-0000-0000							
	カ ナ	男	〒	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃管内視鏡検査			
	氏 名	・	住 所			経口	経鼻		鎮静 経口
	S・H 年 月 日	女							
	ID	電 話							
	カ ナ	男	〒	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃管内視鏡検査			
	氏 名	・	住 所			経口	経鼻		鎮静 経口
	S・H 年 月 日	女							
	ID	電 話							
	カ ナ	男	〒	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃管内視鏡検査			
	氏 名	・	住 所			経口	経鼻		鎮静 経口
	S・H 年 月 日	女							
	ID	電 話							
	カ ナ	男	〒	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃管内視鏡検査			
	氏 名	・	住 所			経口	経鼻		鎮静 経口
	S・H 年 月 日	女							
	ID	電 話							