

2026年度（令和8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。
- ◆5営業日前からの予約日変更・キャンセル、当日の遅刻や連絡無くキャンセルで実施出来ない場合は**キャンセル料金（5,500円）が生じます。**
- ◆キャンセル料金は支払い方法（費用請求先）の場合は事業所へ請求とさせていただきます。
- ◆事前案内、尿・便容器等再発送の場合は**別途料金が生じます。**

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	

2026年度（令和8年度） 人間ドック申込書【事業所用】

※鎮静経口内視鏡を希望する場合は、別途5,500円（税込）を申し受けます

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
カナ ニッセキハナコ 氏名 日赤 花子 S・H 〇〇年 〇〇月 〇〇日 12357852	男・女 女	〒 090-0000 北見市〇〇町〇丁目〇〇番地 〇〇マンション105号室 090-0000-0000	胃部内視鏡検査 胃部 X線検査バリウム 経口 経鼻 鎮静経口 胃部検査なし	月・火以外いつでも	脳MRI、甲状腺ホルモン、OCTスキャナ
カナ 氏名 S・H 年 月 日	男・女	〒 住所 電話	胃部内視鏡検査 胃部 X線検査バリウム 経口 経鼻 鎮静経口 胃部検査なし		
カナ 氏名 S・H 年 月 日	男・女	〒 住所 電話	胃部内視鏡検査 胃部 X線検査バリウム 経口 経鼻 鎮静経口 胃部検査なし		
カナ 氏名 S・H 年 月 日	男・女	〒 住所 電話	胃部内視鏡検査 胃部 X線検査バリウム 経口 経鼻 鎮静経口 胃部検査なし		
カナ 氏名 S・H 年 月 日	男・女	〒 住所 電話	胃部内視鏡検査 胃部 X線検査バリウム 経口 経鼻 鎮静経口 胃部検査なし		