

2026年度（令和8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○を付けてください

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	事業所・受診者

※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。
- ◆脳ドック：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。**
- ◆PET-CTがん検診：前日（土日祝日を除く）11時以降**キャンセル料金（44,000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。**

病院使用欄

確認日	/
担当者	

2026年度（令和8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○を記入してください	健診希望日（自由記載です）
000	フリガナ ニッセキ ハナコ	性別 ク	〒 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	選択 リ	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		
	生年月日 S H 〇〇年 〇〇月 〇〇日	選択 テ	連絡が取れる電話番号		
	日赤病院患者番号 00012345				
	フリガナ S・H 年 月 日	性別 ク	〒 住所	脳ドック PET-CTがん検診	
	氏名	選択 リ	住所		
	生年月日 S・H 年 月 日	選択 テ	連絡が取れる電話番号		
	フリガナ S・H 年 月 日	性別 ク	〒 住所	脳ドック PET-CTがん検診	
	氏名	選択 リ	住所		
	生年月日 S・H 年 月 日	選択 テ	連絡が取れる電話番号		
	フリガナ S・H 年 月 日	性別 ク	〒 住所	脳ドック PET-CTがん検診	
	氏名	選択 リ	住所		
	生年月日 S・H 年 月 日	選択 テ	連絡が取れる電話番号		

◆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）