新規登録申込書

年　月　　日

この度はご新規のお問合せいただき誠にありがとうございます。

お手数ですが、必要事項をご記入の上、FAXかメール添付にてご返信いただきますようお願い申し上げます。

□予約済【最短予約日: 月 日】　　□これから予約

フリガナ			
事業所名			
住所	〒		
電話番号		フリガナ	
FAX番号		ご担当者名	

▼以下は該当項目にレ点をお付けください

健保情報	□全国健康保険協会【　　】支部　□その他組合【　　】
	保険証記号【　　】　保険者番号【　　】

事業所へのご請求、結果情報提供等が発生する場合は以下もご記入ください。
未記入の場合は受診票・個人結果:受診者自宅　事業所控え:不要　支払方法:窓口精算といたします。

受診票送付先	□上記住所と同じ　□受診者自宅	
	□支店等その他の住所　〒	
個人結果送付先	□受診者自宅　※基本個人結果は受診者自宅送付となります　□上記住所と同じ	
	□支店等その他の住所　〒	
事業所結果控え	□不要　□必要※HPより発行依頼書をダウンロードしFAXしてください。	
支払方法	全国健康保険協会	基本健診料　□会社請求　□窓口精算
		健保補助対象乳がん・子宮がん　□会社請求　□窓口精算
		健保補助対象肝炎ウイルス　□会社請求　□窓口精算
		胃カメラ差額　□会社請求　□窓口精算
		自費オプション　□会社請求　□窓口精算
	その他組合	基本健診料　□会社請求　□窓口精算
		組合補助対象オプション　□会社請求　□窓口精算
		胃カメラ差額　□会社請求　□窓口精算
		自費オプション　□会社請求　□窓口精算
	その他ご指定項目はこちらへ　例:ドック差額は窓口精算etc	
請求書送付先	□上記住所と同じ	
	□支店等その他の住所　〒	

一般財団法人　日本健康管理協会　新宿健診プラザ
〒160-0021　東京都新宿区歌舞伎町2-3-18
TEL03-3207-1111(代表)　03-3207-2222(予約)
FAX03-3204-5018　Mail:yoyaku-shinjuku@nikkenkyo.or.jp

発信者:　　送信枚数：本票含め(　　)枚