

## 申込書類A

# 2026年度(令和8年度) 事業所登録票

※要返信※

返信先FAX番号: 0930-25-2882  
E-mail: kenshin@shinyukuhashihospital.or.jp

※太枠内は記入必須です。

申込日 202 年 月 日

### ■事業所登録

(フリガナ) 事業所名称	
事業所住所	〒 _____
電話番号 (お問い合わせ先)	
(フリガナ) ご担当者氏名	

### ■お支払い方法登録

※お支払い方法を下記3パターンから1つお選び下さい。

↓  
ご希望方法の欄にチェック✓をお願いします (複数選択不可)

	<b>当日窓口支払い</b> ※企業への結果送付は無し
	<b>全て企業支払(月末締め)</b> ※企業への結果控え有り
	<b>コースのみ企業支払(月末締め)</b> オプションは当日窓口払い ※企業への結果控え有り

請求先住所が上記と別な場合は記入して下さい

請求先住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

### 【留意事項】

- 個人負担の領収書の宛名に、企業名をご希望の場合は、事前にお申し出下さい。
- 領収書は受診当日のみの発行です。必ず、受領をお願いします。
- 受診日後に領収書を希望された場合、理由いかんに問わらず再発行手数料が発生いたします。
- 退職等により被保険者資格喪失の場合、補助を受けての受診は出来ません。必ずご連絡ください。

## 申込書類B

※要返信※ 2026年度(令和8年度) 人間ドック 申込書専用様式&lt;被保険者用&gt;

事業所名						ご担当者氏名		電話番号(お問い合わせ先)		FAX番号				
										E-MAILアドレス				
当院使用欄 例	セイ	メイ	生年月日 (和暦表記)	年 度 年 齢	性 別	住 所 ※住所は、住民票のある所を記載して下さい。住民票と住所が異なる場合は、お申し出下さい。	電話番号	日帰り		※オプション検査(希望者のみ) マンモ1or2方向、乳エコー、子宮、 胃カメラ バリウム 頭部MRI、大腸カメラ、PSAなど	希望日(第3希望までご記入下さい)			当院使用欄 ご受診日
	姓	名						胃カメラ	バリウム		第1希望	第2希望	第3希望	
1	ユクハシ	タロウ	和暦 S H 61 年 1 月 1 日	35	男	〒 824-0000	携帯番号 090-0000-△△△△	○	大腸検査、頭部MRI、PSA	〇月〇日	〇月〇日	〇月〇日		
	行橋	太郎	年 月 日	歳	女	福岡県行橋市道場寺〇〇番地								
2			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
3			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
4			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
5			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
6			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
7			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
8			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
9			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女
10			和暦 S H	年 月 日	男 女	〒	携帯番号							
			年 月 日			歳								男 女

※お車でお越しの方は胃カメラ検査の際の鎮静剤が使用出来ません。

鎮静剤ご希望の方は必ず公共交通機関でお越し下さい。