

5. お申し込み方法とその後の手続き

- ①下記の健康診断受診申込書にご記入の上、FAX（059-354-3737）または 郵送（〒510-8501 四日市市諏訪町2番5号 四日市商工会議所 総務・会員サービス課）にてお申し込みください。
- ②お申し込みをいただきましたら当所より「健康診断受診のご案内」をFAXにて送付させていただきます。
- ③当所からの「健康診断受診のご案内」が貴社へ到着後、受診希望医療機関へ直接予約の連絡をお願いします。
- ④予約が完了しましたら、医療機関から受診される方の問診票が送付されますので、各人でご記入いただき受診日には必ず持参していただきますようお願いいたします。
- ⑤受診料については、当日支払いと請求書による支払いと選択できるようになっておりますので、お申し込み時に選択いただきますようお願いいたします。
- ⑥健診結果は、後日、事業所宛で医療機関から送付されますので、受診者の方へお渡しいただきますようお願いいたします。
- ⑦当所「生命共済制度」ご加入の方 お1人様につき1,000円の割引分を後日、事業所へ振り込させていただきます。
- ⑧基本受診コース（A・B・C・D）と同時に、追加メニューを受診された方は、お1人様につき、1,000円の割引分を後日、事業所へ振り込させていただきます。

（切り取らず、この面をFAXください）

四日市商工会議所 総務・会員サービス課 行 【FAXの場合】059-354-3737 【郵送の場合】〒510-8501 四日市市諏訪町2番5号	会 議 所 受 付 日

四日市商工会議所健康管理サービス事業 健康診断受診申込書

申込日 平成 年 月 日

貴事業所名			
住 所			
T E L		F A X	
ご担当者名		役 職 名	

1. 受診希望医療機関名をご記入ください

2. 受診予定年月をご記入ください

年	月
---	---

3. 受診料の支払いについて（該当するほうに○印をつけてください。） イ. 当日払い ロ. 後日請求書により支払う

4. 受診される方を下記にご記入ください（太枠をご記入ください）

ふりがな			
受診者氏名	(男・女)	(男・女)	(男・女)
生年月日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
住 所			
連絡先TEL			
受診コース	A ・ B ・ C ・ D	A ・ B ・ C ・ D	A ・ B ・ C ・ D
追加メニュー	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし
胃直接撮影	希望(有・無) バリウム・胃カメラ	希望(有・無) バリウム・胃カメラ	希望(有・無) バリウム・胃カメラ
生命共済制度 (注4)	加 入 ・ 未加入	加 入 ・ 未加入	加 入 ・ 未加入
備 考 (注5)	コース ・ 口	コース ・ 口	コース ・ 口

* (注4) (注5) この欄については商工会議所で記入します。

○4名以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご使用ください。

○胃の直接撮影は、Dコースには受診価格の中に含まれております。(四日市健診クリニックは胃カメラ4,320円、中京サテライトクリニックは胃カメラ2,160円の別途料金必要)