

MedCity21 担当者

以下のとおり、健診受診を申したいします。

| | | |
|-------|---------------|-----|
| 事業所名 | 事業所住所 | |
| 担当者 | 連絡先 (TEL、FAX) | |
| | TEL | FAX |
| 保険者番号 | 健康保険証の記号 | |
| | | |

○事前案内等送付先、領収書発行の宛名についてご希望をご回答ください

郵送物を個人宛送付希望の場合は送付先住所の記載を忘れずをお願いいたします。

| | |
|----------------|----------------|
| 事前案内(キット)送付先 | 個人 / 事業所 (個人宛) |
| 結果票送付先 | 個人 / 事業所 (個人宛) |
| 領収書宛名 (本体健診分) | 個人 / 事業所 |
| 領収書宛名 (オプション分) | 個人 / 事業所 |

○受診者様の情報をご記入ください。

過去にMedCity21にて受診歴のある方につきましては、住所のご記入は不要です。

※前回受診時から住所等変更がある場合はご記入をお願いいたします(登録を変更いたします)

| 受診者氏名 | 性別 | 生年月日 | 保険証 番号 | 健診コース | 胃検査 | オプション | 検診希望日 (複数希望日記載) |
|------------|----|------|-----------|-------|-----|-------|--------------------|
| (例) 住所・連絡先 | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |
| 2 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |
| 3 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |
| 4 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |
| 5 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |
| 6 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel | |

※ 問診票、受診キットにつきましてはご住所個人宛で受診の約2週間前を目途に送付いたします。

※ 健診結果は受診後3週間ほどで、事業所住所、個人宛で送付いたします。