

2026年度 協会けんぽ 人間ドック・生活習慣病予防健診確認書

こちらの申込用紙は2026年度の内容になります。申込み後の内容変更は対応いたしかねますのでご了承下さい。

フリガナ		保険者番号	健康保険証の記号
事業所名称			
フリガナ		TEL	FAX
担当者			

* 資料・結果の送付先 (会社単位で統一となります。)

資料送付先: 自宅 ・ 会社 (どちらか○で囲って下さい)

結果送付先: 自宅 ・ 会社



〒

会社希望は住所の記入をお願いします。(自宅は不要)

該当する□ にレ点を打って下さい。

1、支払方法 *会社単位で統一となります。

* 当日のお支払いは、クレジットカードのご利用をお願いいたします。

クレジットカードの利用が難しい場合は、コンビニ振り込みでお願いいたします。

全てを窓口支払い(個人別にて領収書発行)

下記のいずれかをお選び下さい。

- { 個人名で領収書発行希望
 会社名で領収書発行希望 (備考に氏名は記載されます)

全てを会社請求(当院独自オプション検査を含む)

(※月末締め【請求書は受診した翌月の当院稼働日初日に発行します】)

請求書送付先

〒

2、健康診断結果等、個人情報の取得について

健康診断個人票(会社控え)を事業主へお渡することは、本人の了解を得ている場合に可能です。

健康診断個人票の送付先を事業所にご希望の場合は、下記にレ点とご署名をお願いいたします。

(※健康診断個人票は、受診した月ごとにまとめて翌月の中旬頃に発送いたします)

健康診断個人票は事業所に発送を依頼します【各個人に個人情報の取得の確認、承諾済み】

ご担当者様のご署名をお願いいたします。

※ 個人結果に同封はサイン不要です。

会社名

ご署名

3、補助券利用の有無

愛知県中小企業共済

わーくりい知多(対象:35歳以上+付加健診追加)

4、申込み方法

ご希望の申込み方法を○でお囲みください。

WEB

・

FAX

※この確認書を提出後、ご予約いただけます。

だいどうクリニック健診センター

FAX 052-611-8683

記入例

2026年度 協会けんぽ 人間ドック・生活習慣病予防健診確認書

こちらの申込用紙は2026年度の内容になります。申込み後の内容変更は対応いたしかねますのでご了承下さい。

フリガナ	カブシカイシャ ○○○	保険者番号	健康保険証の記号
事業所名称	株式会社○○○	○○○○○○○○	○○○○○○○○
フリガナ	ダイドウ タロウ	TEL	FAX
担当者	大同 太郎	○○○-○○○-○○○○	○○○-○○○-○○○○

* 資料・結果の送付先 (会社単位で統一となります。)

資料送付先: 自宅 ・ 会社 (どちらか○で囲って下さい)

結果送付先: 自宅 ・ 会社



〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○区○○町○番地
会社希望は住所の記入をお願いします。(自宅は不要)

該当する にレ点を打って下さい。

1、支払方法

* 会社単位で統一となります。

* 当日のお支払いは、クレジットカードのご利用をお願いいたします。

クレジットカードの利用が難しい場合は、コンビニ振り込みでお願いいたします。

全てを窓口支払い(個人別にて領収書発行)

下記のいずれかをお選び下さい。

- 個人名で領収書発行希望
 会社名で領収書発行希望 (備考に氏名は記載されます)

全てを会社請求(当院独自オプション検査を含む)

(※月末締め【請求書は受診した翌月の当院稼働日初日に発行します】)

請求書送付先

〒

2、健康診断結果等、個人情報の取得について

健康診断個人票(会社控え)を事業主へお渡することは、本人の了解を得ている場合に可能です。

健康診断個人票の送付先を事業所にご希望の場合は、下記にレ点とご署名をお願いいたします。

(※健康診断個人票は、受診した月ごとにまとめて翌月の中旬頃に発送いたします)

健康診断個人票は事業所に発送を依頼します【各個人に個人情報の取得の確認、承諾済み】

ご担当者様のご署名をお願いいたします。

※ 個人結果に同封はサイン不要です。

会社名 株式会社○○○

ご署名 大同 太郎

3、補助券利用の有無

愛知県中小企業共済

わーくりい知多(対象:35歳以上+付加健診追加)

4、申込み方法

ご希望の申込み方法を○でお囲みください。

WEB

・

FAX

※この確認書を提出後、ご予約いただけます。

だいでうクリニック健診センター
FAX 052-611-8683