

## [簡易コース] 生活習慣病健康診断 申込書・受診者名簿

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部  
〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 予約専用TEL : 0267-46-8470

予約連絡後、下記太枠の中をご記入しコピーをご郵送ください。原本は企業様で保管ください。※個人情報を含むためFAXはご遠慮ください。

◆企業様情報を記入

前回実施	なし	・	あり	→	[ 年 月 ]	記入日	年	月	日
企業名			担当者		様	電話番号	—	—	
住所	〒					FAX	—	—	

◆書類の送付先・請求書の送付先 ※上記の企業様情報以外の場合のみ記入

書類の送付先	企業名	担当者	様	〒	住所
請求書送付先	企業名	担当者	様	〒	住所

◆受診者名簿

※申込書・受診者名簿の郵送で申込完了となります。健康診断のご案内書類は、申込書が届いてから2~3週間後に個人宛に郵送いたします。(裏面に住所をご記入ください)

記載欄】	申込受付日	/
受診日決定 受診日決定連絡 /	システム登録 <input type="checkbox"/> 登録済み / ( ) → <input type="checkbox"/> オーダー・受付票確認 / ( )	
案内郵送 <input type="checkbox"/> 郵送 / ( )	結果報告書 <input type="checkbox"/> 作成・郵送 / ( )	請求書 <input type="checkbox"/> 作成・郵送 / ( )

◆ご案内書類は個人宛で郵送いたします。下記に受診者様全員の住所をご記入ください。