記入例

お願い

■こちらの申込書はWebからのご提出専用フォーマットです。必ず「受診者情報入力シート提出フォーム」よりご提出ください。
■黄色の欄は入力必須項目です。全項目ご入力ください(オプション検査のご希望がない場合、「追加希望オプション検査」欄のご入力は不要です)。
■日本語の読識・会話が困難な方がご受診される場合、安全にご受診いただくため通訳の方の同伴をお願いしております。ご予約時にお申し出いただいていない場合、ご連絡ください。
詳細はフィオーレ健診クリニックホームページ「よくある質問」をご参照ください。

保険者名称	○○○○健康保険組合 ××支部	事業所名称	株式会社 □□□□□□	事業所電話番号	03-0000-0000
保険者番号	「0」を含む8桁の数字	事業所所在地	〒160-0022	ご担当者名	総務人事部 ●●
保険証記号	1~8桁の数字		東京都新宿区新宿0-0-0 ▲▲ビル0階	ご担当者連絡先	090-0000-0000

※健診書類をご自宅宛に発送をご希望の場合は①~③を、「事業所所在地」以外のご勤務先へ発送をご希望の場合は①~⑤をご入力ください。

項番	保険証番号 (半角数字)	氏名 全角(姓名間に全角スペース)	かな氏名 半角カナ(姓名間に半角スペース)	性別	生年月日 yyyy/mm/dd	本人家族区分 本人・配偶者・家族	日付 yyyy/mm/dd	時間 hh:mm	受診コース	追加希望オプション検査 ※健保補助対象のオプション検査については補助を適用します	① 郵便番号 111-0000	② 住所1 全角(20文字)	③ 住所2 全角(20文字)	④ 社名(店舗・支店名) 全角	⑤ 勤務先電話番号 03-0000-0000
1	123	健診 花子	ｹﾝｼﾝ ﾊﾅｺ	女	1970/11/11	本人	2019/12/10	10:00	生活習慣病予防健診	子宮頸がん、マンモグラフィ、乳房超音波	111-1111	東京都新宿区新宿○-○-○	フィオーレ東京○○○	※自宅宛の場合、④・⑤欄の入力は不要です	
2	5	健診 太郎	ｹﾝｼﾝ ﾀﾛｳ	男	2001/11/15	本人	2024/4/2	8:30	定期健診	保険証番号2より変更	150-0001	東京都渋谷区神宮前○-○-○	渋谷○○ビル3階	株式会社フィオーレ 渋谷営業所	03-0000-0000
3															

ご予約日確定後にご入力いただき、受診者情報入力シート提出フォームよりご提出ください。

◆受診者情報入力シートの作成について
☐ 1事業所1シートで作成ください(男女やコース等で分けて作成いただく必要はございません)
☐ 100名様以上のお申込みの場合、行を追加し続けてご入力ください
☐ 複数の事業所をご予約の場合、事業所ごとに受診者情報入力シートを作成ください

◆氏名について
☐ 保険証表記の内容をご入力ください

◆追加希望オプション検査について
☐ お電話で追加オプション検査をお伝えいただいている場合でも、必ずご入力ください
バリウム検査を胃内視鏡検査へ変更された場合も必ずご入力ください
☐ 胃内視鏡検査、MRI検査は事前予約制です。健康診断ご予約時に併せてご予約ください
☐ 乳がん検査をご希望の場合、必ず検査方法(マンモグラフィ、乳房超音波)をご入力ください

◆健診書類送付先について
健診書類を事業所所在地以外に発送をご希望の場合、下記項目をご入力ください。
住所には文字数制限がございます。ご注意ください。
☐ 自宅宛:①郵便番号~③住所2
☐ 「事業所所在地」以外のご勤務先:①郵便番号~⑤勤務先電話番号

◆その他
☐ 前回受診時より、保険証情報に変更がある場合、「追加希望オプション検査」の欄に変更内容をご入力ください(任意)