送付先：聖隷福祉事業団　保健事業部　運営管理センター　予約課

【ＦＡＸ】053-439-1362　　【メール】hoken-kyoukai@sis.seirei.or.jp

**2025年度　健康診断の支払方法・請求書・結果送付について**

【資料５】の「支払方法と請求書・事業所用結果送付一覧」をご確認いただき、太枠内へのご記入と返信を

お願いします。

**下記太枠内をご記入のうえ、返信をお願いします。**

**2025年度**

**□支払い方法（①～⑦より選択いただき、ご記入ください）**

**□事業所情報（請求書・結果送付先住所）**

・請求書と結果の送付先住所は、原則同一住所とさせていただきます。

・登録事業者ごとに同一のお支払い方法・送付先となります。（利用者ごとの設定は不可）

　**事業所名**

**事業所名(フリガナ)**

　**郵便番号**

　**ご住所**

　**ＴＥＬ**

　**ＦＡＸ**

**保険者番号（または支部）**

確認日のご記入とご担当者様の署名をお願いいたします。

ご回答いただきました内容は、ご予約時に活用させていただきます。

　　　　年　　　　月　　　　日　　　　ご担当者様署名

聖隷使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約登録 |  | 契約追加日 | 担当 |  | 予約入替日 | 担当 |  | 契約削除日 | 担当 |  |  |
| 無 | ⇒ | / |  | ⇒ | 不要 | － | ⇒ | / |  | ⇒ | PDF格納 |
| 有 | ⇒ | / |  | ⇒ | / |  | ⇒ | / |  | ⇒ | PDF格納 |