**健康診断の支払方法・請求書・事業所用結果送付について**

**１.変更開始日** 2024年4月1日（月）の健康診断ご利用分より

**２.対象**　　　　　 ご利用いただくすべての健康診断

※但し、特殊健診（石綿・有機溶剤など）と巡回健診（バス健診）は対象外

**３.対象施設** 聖隷健康診断センター、聖隷健康診断センター 東伊場クリニック、

　　 聖隷予防検診センター、聖隷健康サポートセンター*Shizuoka*、

　　　　　　　　　　 聖隷静岡健診クリニック

　　　　　　　　 ※追加項目によって受診できない施設がございます。ご了承ください。

**４.支払方法**　　 裏面【資料3】「2024年度健康診断支払い方法等確認書」項目①～⑦のいずれかを

選択の上、返信をお願いいたします。

　　　 　　　　　 登録事業者ごとに同一のお支払方法となります。

　　　　　　　 　　 (利用者ごとの設定は不可。年度途中の支払い方法の変更はいたしかねます。)

**５.結果送付** 本人用結果は裏面【資料3】「2024年度健康診断支払い方法等確認書」の①のみ

　　　　　　　　　　　 自宅へ送付、②～⑦は事業所へ送付いたします。

　　　　　　　　　　　 事業所用結果は下記の通りとなります。(各1部)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人結果報告書 | 婦人科結果報告書 | 健康診断個人票 | 健診結果一覧表 | 検査項目別件数集計表 | 有所見者一覧表 | 労災二次一覧表 |
| 健康診断 | 〇 | × | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| 人間ドック | × | × | 〇 | × | × | × | × |
| 婦人科健診 | × | 〇 | × | 〇 | × | 〇 | × |

**６.注意事項**　　　 ※「労働安全衛生法」の法定検査項目以外の内容を貴団体へご報告することについて、

　　　　　　　　　　　　 　 社員様の同意が取れていない場合には、個人情報保護の観点より ①をご選択ください。

　　　　　　　　　　　 　(法的根拠：厚生労働省労働基準局長基発1223第5号)

　　　　　　　　　　 ※市町村の補助を利用した場合は会社請求できません。ご了承ください。

契約内容・予約に関するお問合せ先

社会福祉法人 聖隷福祉事業団　保健事業部

（月～金曜日9:00～16:00、 土曜日9:00～12:00、祝日を除く）

【契約】営業契約課　契約係　 電話：053-477-0587　　 FAX：053-439-8039

【予約】予約課　協会けんぽ予約係　電話：0120-996-650　　 FAX：053-439-1362

|  |
| --- |
| **2024年度　健康診断　支払い方法等確認書** |
| **返信期限：予約のご連絡をいただく前までに　　送付先：【FAX】053-439-1362** |

2024年度の健康診断にて当センターをご利用いただける場合は、以下の内容をご確認いただき、

Ⅰ・Ⅱの太枠内及び署名欄をご記入の上、ＦＡＸにてご返送ください。よろしくお願い申し上げます。

**【Ⅰ. 各種書類送付先・ご連絡先について】：** ご住所・ご連絡先・ご担当者名をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **事業所コード** |  |  |  |  |  |  | **特殊健診**（石綿・有機溶剤など） | 有　　　　・　　　　無 |
| **ご住所**(各種書類送付先) | 〒 |
| **ご連絡先** | TEL　：　 | FAX　： |

　(※ご記入いただいた住所宛に結果・請求書等の各種書類を送付いたします。)

**【Ⅱ. 2024年度の支払い方法について】**： 該当するお支払い方法に○をつけてください。

　結果票については【資料2】「健康診断の支払方法・請求書・事業所用結果送付について」にて詳細を

　ご確認くださいますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いずれかひとつに〇 |  | 協会けんぽ補助対象 | 補助対象外 |
| 35歳以上74歳以下 | 40～70歳(5歳刻) | 初回 | 偶数年齢 |
| 生活習慣病予防健診（一般健診） | 人間ドック | 付加健診 | 肝炎 | 婦人科(子宮・マンモ) | 定期健診 | 婦人科 | 追加検査 |
|  | ① | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 |
|  | ② | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果無 | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果有 |
|  | ③ | 請求結果有 | 一般健診分のみ請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 |
|  | ④ | 請求結果有 | 一般健診分のみ請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 請求結果有 | 請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 |
|  | ⑤ | 請求結果有 | 一般健診分のみ請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果有 | 窓口結果無 |
|  | ⑥ | 請求結果有 | 一般健診分のみ請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果無 | 請求結果有 | 請求結果有 | 窓口結果無 | 窓口結果無 |
|  | ⑦ | 請求結果有 | 一般健診分のみ請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果無 | 請求結果有 | 請求結果有 | 請求結果有 | 窓口結果無 |

　(利用者ごとの設定は不可。年度途中の支払い方法の変更はいたしかねます。)

請求＝事業所へ請求／窓口＝利用者が当日お支払い／一般健診分のみ請求＝5,282円（税込）を事業所へ請求し、

差額分は利用者が当日お支払い

上記の確認・記入が完了いたしましたら、確認日の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。ご予約をお待ちしております。

　　　　　　年　　　　　 月　　　 　　日　　　ご担当者様署名