



禾瑞印象診所

## 報告申請書

申請日期		申請人姓名	(需親筆簽名)
體檢日期		連絡電話	
申請日期		身分證字號	

申請辦法：填妥申請書並勾選申請項目後請來信或傳真申請書，並請來電確認。

信箱：vhcservice@vhc.com.tw / 傳真：02-2396-1031 / 電話：02-2396-1067。

申請項目：

- 內視鏡診斷書 200 元/份
- 外文報告(日英文擇一)1,000 元/份(僅翻譯報告內文，不含附件)
- 影像光碟 300 元/片，申請影像部位：\_\_\_\_\_
- 電子報告；將發送至電子郵件\_\_\_\_\_
- 中文報告書(不含影像光碟) 450 元/份
- 中文單張報告(一般勞工檢查表/供膳表/移單)250 元/份單張(未檢查項目空白呈現)
- 檢查(驗)報告影本 100 元/張：
- 收據副本 100 元/張，共\_\_\_\_\_張

領取方式：

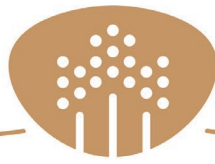
- 自取(需申請書，將於確認後三個工作天內通知報告完成。)
- 委託親友至禾瑞印象診所代為領取(請攜帶受檢者之委託書及受委託人身分證正本)。
- 郵寄(需申請書+申請人身分證正反面影本，將於確認後三個工作天內寄出報告。)

郵寄地址：\_\_\_\_\_

費用合計	
------	--

※以下由本院填寫

承辦人員		收據 No.	
簽收日期		完成日期	



禾瑞印象診所

## 身份證影本回傳單

請貼上身份證影本正面

請貼上身份證影本反面

非現場申請診斷證明或報告書，需附上身分證影本，謝謝您的配合



禾瑞印象診所

## 健康檢查支付相關費用匯款帳號及回傳單

戶名：禾瑞印象診所伍時寧

活存帳戶：(822)中國信託銀行-東門分行

活存帳號：215540135741

金額：新台幣 \_\_\_\_\_ 元整

備註：\_\_\_\_\_

透過 ATM 或匯款方式請將單據傳真至本院

傳真：02-23961031

請黏貼匯款單據

請填寫以下資料

受檢者姓名：\_\_\_\_\_ 受檢日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

匯款者姓名：本人 或\_\_\_\_\_

匯款日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

連絡電話：\_\_\_\_\_

若有疑問請來電：電話:02-2396-1067 傳真:02-2396-1031



禾瑞印象診所

## 信用卡授權簽帳單

信用卡別	信用卡號碼										
<input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Ucard <input type="checkbox"/> JCB	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">□□□□</td> <td style="width: 25%;">- □□□□</td> <td style="width: 25%;">- □□□□</td> <td style="width: 25%;">- □□□□</td> </tr> <tr> <td colspan="3">卡片背面後三碼</td> <td>檢查碼 - □□□</td> </tr> </table>			□□□□	- □□□□	- □□□□	- □□□□	卡片背面後三碼			檢查碼 - □□□
□□□□	- □□□□	- □□□□	- □□□□								
卡片背面後三碼			檢查碼 - □□□								
持卡人姓名	信用卡 有效期限	西元	年 月								
發卡銀行	授權密碼 (勿填)										
持卡人	生日： 年 月 日	聯絡電話	(日)								
	身分證字號：		(夜)								
持卡人地址											
持卡人簽名 (與信用卡同字樣)	簽帳日期	年 月 日									
付款商品類別	金額	備註(請註明受檢者姓名)									
<input type="checkbox"/> 健康檢查費											
<input type="checkbox"/> 無痛麻醉費	<input type="checkbox"/> 單部位\$4000 <input type="checkbox"/> 雙部位\$6000										
總計金額	萬 仟 佰 拾 元 整										
收據開立方式	<input type="checkbox"/> 同付款人	<input type="checkbox"/> 公司抬頭_____									
		統一編號_____									
收據郵寄地址	郵遞區號：	地址：									

◎ 持卡人同意依照信用卡使用約定，一經訂購或使用商品，均應按所示金額付款發卡銀行。

電話:02-2396-1067 傳真:02-2396-1031

傳真後請您來電確認，謝謝您!