

年度健康診断受診者名簿（兼申込書）

※書類送付先、お支払い方法をご記入下さい。

| | | | |
|------|----------|--|----|
| 事業所名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | 保険証記号 | | |
| FAX | 保険者番号 | | |
| ご担当者 | 全国健康保険協会 | | 支部 |

| | | |
|------|--|---|
| 問診票 | <input type="checkbox"/> 事業所 | <input type="checkbox"/> 自宅 |
| 個人結果 | <input type="checkbox"/> 事業所 | <input type="checkbox"/> 自宅 |
| 会社控え | <input type="checkbox"/> 本社 | <input type="checkbox"/> 支社・事業所 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 支払方法 | <input type="checkbox"/> 窓口支払 (領収書名 個人名・会社名) | |
| | <input type="checkbox"/> 会社請求 | <input type="checkbox"/> オプションのみ窓口請求 |
| 連絡事項 | | |

※受診者情報及び希望コース等ご記入漏れのないようお願い致します。

| 保険証 番号 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | 保 険 | 基本コース (希望されるコースに○をご記入下さい) | | | | | ※マンモの曜日は月・水・木曜日のみ、 受診日は健診日同日となります。 | | | | 希 望 日 | 備 考 | | |
|-----------|------------|-----|------|--------|------------------------------|-------------------|---------------|--------------|------------|---------------------------------------|-------------|-----------------|----------|-------------|----------|----------|--|
| | | | | | 一般 健診 | 節 目 健診 | 日 帰 ドック | 若 年 健診 | 法定A コース | 法定B コース | マンモ グラフィ | マンモ エコー | 子宮 がん | | | 骨粗 鬆症 | |
| | | 男・女 | 昭・平 | 年 月 日 | 本・配 | | | | | | | 1方向 ・ 2方向 | | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | ① 月 日 | |
| | | | | | | バリウム (鎮静あり・なし) | | | | | | | | | | ② 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭・平 | 年 月 日 | 本・配 | | | | | | | 1方向 ・ 2方向 | | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | ① 月 日 | |
| | | | | | | バリウム (鎮静あり・なし) | | | | | | | | | | ② 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭・平 | 年 月 日 | 本・配 | | | | | | | 1方向 ・ 2方向 | | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | ① 月 日 | |
| | | | | | | バリウム (鎮静あり・なし) | | | | | | | | | | ② 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭・平 | 年 月 日 | 本・配 | | | | | | | 1方向 ・ 2方向 | | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | ① 月 日 | |
| | | | | | | バリウム (鎮静あり・なし) | | | | | | | | | | ② 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭・平 | 年 月 日 | 本・配 | | | | | | | 1方向 ・ 2方向 | | 子宮 がん | 骨粗 鬆症 | ① 月 日 | |
| | | | | | | バリウム (鎮静あり・なし) | | | | | | | | | | ② 月 日 | |