

事業所名称			担当者名	
事業所所在地	〒			
電話番号			FAX番号	
記入例を参照し、 必ずご記入ください。	健康保険被保険者証 ★保険者番号		健康保険被保険者証 ★記 号	

※下記項目にチェック☑を入れ、F A Xをお願い致します。

- ☐ 事前の電話予約をしました。
- ☐ 生活習慣病予防健診対象者の年齢を確認しました。
- ☐ ★保険者番号、★記号、★番号の記入をしました。
- ☐ 健診の種類を○で囲みました。
- ☐ 受診者の退職や保険証が変更になった場合は連絡します。

領収書宛名 (どちらか選択)	個人名 / 会社名 (一括 ・ オプション別)
-------------------	---------------------------------------------------------

受 診 日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ:	S ・ H 年 月 日	〒		もくじ
	氏 名:				
		男 ・ 女			申込書
★保険証の番号		希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受 診 日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ:	S ・ H 年 月 日	〒		もくじ
	氏 名:				
		男 ・ 女			申込書
★保険証の番号		希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受 診 日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ:	S ・ H 年 月 日	〒		もくじ
	氏 名:				
		男 ・ 女			申込書
★保険証の番号		希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ:	S・H 年	〒		もくじ
	氏名:	月 日			申込書
男・女					
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)			その他オプション検査【※予約時申込要】	
	(枝番)	人間ドック			受診資格