

全国健康保険協会管掌健康保険

【人間ドック申込書】

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、FAX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 R 年 月 日	患者番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H 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 もくじ 申込書
★保険証の番号 (枝番)	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】		受診資格
	人間ドック				

受診日 R 年 月 日	患者番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H 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 もくじ 申込書
★保険証の番号 (枝番)	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】		受診資格
	人間ドック				

受診日 R 年 月 日	患者番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H 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 もくじ 申込書
★保険証の番号 (枝番)	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】		受診資格
	人間ドック				

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 もくじ 申込書
R 年 月 日		フリガナ: 氏名: 男・女	S・H 年 月 日	〒				
★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 もくじ 申込書
R 年 月 日		フリガナ: 氏名: 男・女	S・H 年 月 日	〒				
★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 もくじ 申込書
R 年 月 日		フリガナ: 氏名: 男・女	S・H 年 月 日	〒				
★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 もくじ 申込書
R 年 月 日		フリガナ: 氏名: 男・女	S・H 年 月 日	〒				
★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 もくじ 申込書
R 年 月 日		フリガナ: 氏名: 男・女	S・H 年 月 日	〒				
★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