

健康診断申込者名簿
協会けんぽ用

下記項目をご記入ください

健康保険 被保険者証	本人(本人のみ申し込み可)
記号	番号(*へ番号記入)
事業所名称	
ご担当者	
ご住所	
電話番号	FAX番号
保険者番号	
保険者名称	全国健康保険協会

総合病院 南生協病院
健診・ドックセンター
電話(052)625-0489
FAX(052)625-0490

電話受付時間 月～金 10:00～16:30
土 10:00～11:30

一般健診	胃の検査	婦人科検診		
号案別 を記入 して「 く」か らコー スの番 ご	胃透視 (バリウム)	胃力メラ	子宮 頸がん 検診	(乳がん マンモ 検診)
			A～E 選択	F～J 選択

センター記入欄

ID:
問診: 結果:
支払:

オプション検査・備考

1		フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日						
	* 保険証 番号									
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日・ 曜日など					
2		フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日						
	* 保険証 番号									
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日・ 曜日など					
3		フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日						
	* 保険証 番号									
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日・ 曜日など					
4		フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日						
	* 保険証 番号									
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日・ 曜日など					
5		フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日						
	* 保険証 番号									
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日・ 曜日など					

健康診断申込者名簿

					一般健診	胃の検査		婦人科検診		Page
					しか診別 てら紙 くのご だコ生 さいス活 番案内 号に を慣 記予 入防 健	胃透視 (バリウム)	胃力メ ラ	子宮 頸がん 検診	(乳がん マンモ 検診)	センター記入欄 ID: 問診: 結果: 支払:
								A～E 選択	F～J 選択	
1			フリガナ 氏名	性別	生年月日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
2				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
3				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
4				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
5				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
6				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				
7				男・女	昭和・平成 年 月 日					
	* 保険証 番号			男・女	昭和・平成 年 月 日					
	ご新規の方・住所変更 ご連絡先	〒 tel.				受診ご希望日・ 曜日など				