

# 協会けんぽ用

## 健康診断申込者名簿

〒459-8540  
愛知県名古屋市緑区南大高二丁目204番地  
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 10:00～17:00  
土 10:00～12:00

|                |               |
|----------------|---------------|
| 健康保険<br>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          |               |
| 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 |               |

上記項目をご記入ください

| 一般健診   | 胃の検査                                      |                  | 婦人科検診     |                  |
|--|---|------------------|-----------|------------------|
| ス<br>ご<br>別<br>案<br>紙<br>内<br>に<br>生<br>活<br>習<br>慣<br>予<br>防<br>健<br>診<br>の<br>記<br>入<br>し<br>て<br>く<br>だ<br>さ<br>い | 胃<br>透<br>視<br>(<br>バ<br>リ<br>ウ<br>ム<br>) | 胃<br>力<br>メ<br>ラ | 子宮がん検診    | (乳がん検診<br>(マンモ)) |
|  |   |                  | A～E<br>選択 | F～J<br>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

|   |               | フリガナ<br>氏名 | 性別  | 生年月日              | 一般健診           | 胃の検査 |  | 婦人科検診 |  | センター記入欄 |
|---|---------------|------------|-----|-------------------|----------------|------|--|-------|--|---------|
| 1 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |
| 2 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |
| 3 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |
| 4 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |
| 5 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |
| 6 | * 保険証<br>番号   |            | 男・女 | 昭和・平成<br>年<br>月 日 |                |      |  |       |  |         |
|   | ご新規の方<br>ご連絡先 | 〒 tel.     |     |                   | 受診ご希望日<br>曜日など |      |  |       |  |         |

