

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 10:00～16:30

土 10:00～11:30

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	
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 ご 別 案 紙 内 に 生 活 習 慣 予 防 健 診 の 記 入 し て く だ さ い	胃 透 視 (バ リ ウ ム)	胃 カ メ ラ	子宮頸がん検診	(乳がん検診 マンモ)
			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

		フリガナ 氏名	性別	生年月日	一般健診	胃の検査	胃カメラ	子宮頸がん検診	(乳がん検診 マンモ)	だ ご 希 望 の 方 は ○ を 付 け て く を	センター記入欄
1	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						
2	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						
3	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						
4	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						
5	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						
6	* 保険証 番号		男・女	昭和・平成 年 月 日							
	ご新規の方 ご連絡先	〒 tel.			受診ご希望日 曜日など						

