

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	
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

				フリガナ 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	
							ス ご 番 号 を 記 入 し て く だ さ い	別 紙 「 生 活 予 防 健 診 の 為 に 」 を 記 入 し て く だ さ い	胃 透 視 (バ リ ウ ム)	胃 力 メ ラ	子 宮 頸 がん 検 診	(乳 がん 検 診 「 マン モ 」)	だ ご 乳 が ん の 検 診 方 は F 選 択 を 付 け 触 て 診 を	ID: 問診: 結果: 支払:
							A～E 選択	F～J 選択				オプション検査・備考		
1					男・女	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					男・女	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					男・女	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					男・女	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					男・女	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
協会けんぽ用

					一般健診	胃の検査		婦人科検診			Page	
					ス ご 番 号 を 記 入 し て く だ さ い	別 紙 「 生 活 習 慣 予 防 健 診 の コ ー ス 」 に 記 入 し て く だ さ い	胃透視（バリウム）	胃力メラ	子宮頸がん検診	（乳がん検診マンモ）	乳がん検診F選択で触診を ご希望の方は○を付けてください	センター記入欄 ID: 問診: 結果: 支払:
					フリガナ 氏名	性別	生年月日		A～E 選択	F～J 選択		オプション検査・備考
1					男・女	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					男・女	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					男・女	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					男・女	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					男・女	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									
6					男・女	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									
7					男・女	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									