

健康診断受診者名簿

●下表に健康診断の受診者様情報をご記入の上、別紙『健康診断申込書』と併せて弊社までFAXをお願いします。

事業所名：

保険証記号：

ご担当者名：

No	保険証 番号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日（西暦）	保険証 加入区分	受 診 内 容	備 考	健診希望日（日程・受付時間）				確 定 日
									第1希望		第2希望		
1				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
2				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
3				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
4				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
5				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
6				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
7				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
8				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
9				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :
10				男 女	年 月 日	本人 配偶者 家族			月 日（ ）	:	月 日（ ）	:	月 日（ ） 受付時間 :

申込書・受診者名簿は 弊社 〈FAX：025-245-1155〉へ送信してください



一般財団法人
健康医学予防協会

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山2丁目6番10号

TEL 025-245-1111 / FAX 025-245-1155

※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。