

健康診断申込書（受診者名簿）

受診日：令和 年 月 日

事業所名				担当者名：
所在地	〒 —			
電話番号	—	—	FAX番号	— —
協会健保の補助申請時に必要となります。必ずご記入ください。			保険者番号	保険記号

※大腸→項目欄がけんぽの方は検査項目に含まれますので
けんぽ以外で検査希望の方は（○）

↓

No.	保険番号 (国保不要)	氏名	カナ(半角)	性別	生年月日	年度末 年齢	項目	胃 部	大腸		備考
1								***			
2								***			
3								***			
4								***			
5								***			
6								***			
7								***			
8								***			
9								***			
10								***			
11								***			
12								***			
13								***			
14								***			
15								***			
16								***			
17								***			
18								***			
19								***			
20								***			