

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		健康保険証の記号

※新規者及び令和6年度健康診断受けていない方は（○）
↓
(個人票送付の為ご記入ください)

※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.	新規	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									***			