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											