

# 健康診断申込者名簿

申込み日 年 月 日

No. \_\_\_\_\_

※協会けんぽの補助対象(35歳以上が対象者)以外の健康診断を希望される方のみ。協会けんぽの補助を受けて健康診断を受ける方は、協会けんぽの申込書が必要です。

会社名	担当者	電話番号
会社住所 〒		FAX番号

※健康診断コース、オプション検査の詳細は、「健康診断のご案内」をご確認ください。希望日、追加検査(オプション検査)は、予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。申し込まれたコースの検査項目は必ずお受けください。お支払いは、当日窓口でお願いします。

氏名 ①	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				
氏名 ②	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				
氏名 ③	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				
氏名 ④	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				
氏名 ⑤	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				
氏名 ⑥	ふりがな	性別	生年月日	健康診断コース(希望コースに○)	希望日①	希望日②	希望日③	追加検査 (オプション検査)
		男 女	昭和 平成 年 月 日	日帰り人間ドック・成人病健診 定期健康診断A・定期健康診断B				