

# 受診者名簿

※別紙の健康診断申込書[事業所用]と一緒に送ってください

団体名				ご加入の 健康保険組合	<input type="checkbox"/> ①協会けんぽ (全国健康保険協会) <input type="checkbox"/> ②健康保険組合⇒組合名称( ) <input type="checkbox"/> ③国民健康保険 <input type="checkbox"/> ④共済組合 ⇒組合名称( ) <input type="checkbox"/> ⑤その他( ) 該当項目に☑をお付けください
ご住所	〒	TEL			
担当者様	部署名		氏名		

No.	保険証記号・番号	フリガナ 氏名	性別	部署・所属	生年月日	受診日		当センター健康診断項目一覧表を参照したうえでご記入ください		該項目に☑をお付けください 支払い
						第一希望	第二希望	健診コース	オプション検査	
1					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
2					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
3					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
4					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
5					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
6					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
7					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
8					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
9					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
10					T S H 年 月 日	月 日	月 日			<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日

医療法人協仁会 小松病院 健康管理センター  
 〒572-8567 大阪府寝屋川市川勝町8-2  
 TEL:072-820-3111 / FAX:072-823-3834