

# 事業所健康診断受付名簿

御社名称		
ご担当者様名		
ご住所 〒	-	-
建物名称		
TEL	-	-
FAX	-	-

## 【健康診断受付名簿の申込方法と記載方法について】

- ・問診表や、尿スピッツ等の健診グッズは、健診予約日の約2週間前に郵送にてお届けします。  
その為、ご予約依頼は、予約希望日の3～4週間前までにご連絡ください。
- ・ご記載内容より、健康診断のコースや、カルテ作成を行います。お間違いのないよう、ご記入ください。
- ・ご予約が確定した日時によっては、グッズの発送が遅れる場合があります。御了承ください。
- ・記入方法等についてのお問い合わせは、下記へお問い合わせください。

記入日 20 年 月 日

事業所記入欄											職員記入欄		
健診を受けられる方のお名前	生年月日	性別 年齢(年度)	加入健康 保険組合	区分 ※どちらかに○	保険者番号	記号	番号	希望コース名	希望オプション	受診希望日		決定日時	時間
										第1希望	第2希望		
1 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
2 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
3 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
4 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
5 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
6 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:
7 フリガナ 様	年 月 日	男・女 才		被保険者 ・ 扶養者						月 日	月 日	月 日	:

〒356-0050  
 埼玉県ふじみ野市ふじみ野1-1-15  
 医療生協さいたま生活協同組合 大井協同診療所  
 TEL:049-267-1101 FAX:049-267-1103 健診予約担当者宛て