

健康診断受診者名簿（兼申込書）

【書類送付先、お支払方法をご記入ください。】

フリガナ 事業所名		
住所	〒	
TEL/FAX	/	
ご担当者		
加入保険組合		記号

問診票	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> その他（	）
個人結果	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> その他（	）
会社控	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> 支社	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他（
お支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払い（領収書名 個人名 ・ 会社名） <input type="checkbox"/> 後日請求 <input type="checkbox"/> その他（		

※お申込はPDFで下記アドレスへお送りください

送付先アドレス : kikaku_hokkaido@sempos.or.jp

※受診者情報及び希望コース等ご記入漏れのないようお願い致します。

保険証番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	種別	基本コース（希望されるコースに○をご記入ください）									希望日			備考		
					一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-		① 月 日	② 月 日
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）	一般 健診	付加 健診	ドック 健診	自費 成人	労安則 A	労安則 B	労安則 D	マン1方向	マン2方向	乳腺エコー	子宮がん	腹部I-	① 月 日	② 月 日	

※年度内お一人様1回に限り、協会けんぽから健診費用の一部が補助されます。（一般健診・付加健診・ドック健診を受診の方）

当センター以外で健康診断をご受診の方は、重複受診にご注意願います。（補助対象外となりますと健診費用の全額をご請求いたします）