

受 診 者 名 簿

企業・団体名				請求方法等備考欄
ご住所	〒	TEL	FAX	
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	生年月日	受診希望日	健診コース	オプション検査
1				年 月 日	月 日		
2				年 月 日	月 日		
3				年 月 日	月 日		
4				年 月 日	月 日		
5				年 月 日	月 日		
6				年 月 日	月 日		
7				年 月 日	月 日		
8				年 月 日	月 日		
9				年 月 日	月 日		
10				年 月 日	月 日		

※健診コースは、当院ホームページに記載しています健診内容を参考に記載して下さい。協会けんぽご加入の方は、協会けんぽから郵送される「生活習慣病予防健診対象者一覧」か、もしくは協会けんぽホームページの「健診の案内」を参考に記入してください。

受 診 者 名 簿

企業・団体名				請求方法等備考欄 会社へ請求 問診票資料と結果票(本人分)は宇和島病院へ
ご住所	〒	TEL	FAX	
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	生年月日	受診希望日	健診コース	オプション検査
1		トクシュウ タロウ 徳州 太郎	男	H16 年 4 月 1 日	12 月 1 日	半日ドック	脳ドック
2				年 月 日	月 日		
3				年 月 日	月 日		
4				年 月 日	月 日		
5				年 月 日	月 日		
6				年 月 日	月 日		
7				年 月 日	月 日		
8				年 月 日	月 日		
9				年 月 日	月 日		
10				年 月 日	月 日		

※健診コースは、当院ホームページに記載しております健診内容を参考に記載して下さい。協会けんぽご加入の方は、協会けんぽから郵送される「生活習慣病予防健診対象者一覧」か、もしくは協会けんぽホームページの「健診の案内」を参考に記入してください。