

(別紙1) 健診対象者一覧表への記載方法

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者

④健診予定日や検査内容が変更した場合のFAX再送時は、こちらに「再送」と手書きで記入して下さい。

再送

〒郵便番号
住所

連絡先: ○○○○-○○-○○○○
FAX番号: □□□□-□□-□□□□

会社名称

健診ご担当者様

③会社のご担当者様の連絡先、FAX番号をこちらに記入して下さい。

②空いている箇所に、ご希望の健診予定日を3日間程度記入して下さい。(ご希望がなければ、〇月中等でも構いません。)

フリガナ 氏名		性別	生年月日	単独で受診できます	一般健診と併せて			保険者番号	健康保険証の記号
○○ ○○	男	年月日	一般健診	***	***	***	*	備考	
△△ △△	女	年月日	一般健診	*****	付加健診	*****	*	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日	
□□ □□	女	年月日	子宮頸がん検診(単独)	***	***	***	*	健診日: 健診日: 健診日:	
▽▽ ▽▽	女	年月日	乳がん検診	***	***	***	*	健診日: 健診予定日: 年 月 日	

①希望する健診コース(一般健診・付加健診・ドック追加等)を○で囲んで下さい。

①追加で希望するオプションがある場合は、空いている箇所に記入して下さい。
※オプションの番号ではなく、検査の項目名称を記入して下さい。

①希望するオプション(補助が適応される子宮頸がん検診・乳がん検診)について、希望する場合は○で囲んで下さい。希望しない場合は×を記入して下さい。

菊川病院で受診を希望される方がわかるように記入をお願いします。