

健診受診者名簿（企業様用）

	カルテNo. (わかる方のみ)	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診項目	備考、追加項目等	検診を受ける希望日 (第1希望)	検診を受ける希望日 (第2希望)	確定日
1				男・女		A・B・C・D・E				
2				男・女		A・B・C・D・E				
3				男・女		A・B・C・D・E				
4				男・女		A・B・C・D・E				
5				男・女		A・B・C・D・E				
6				男・女		A・B・C・D・E				
7				男・女		A・B・C・D・E				
8				男・女		A・B・C・D・E				
9				男・女		A・B・C・D・E				
10				男・女		A・B・C・D・E				
11				男・女		A・B・C・D・E				
12				男・女		A・B・C・D・E				
13				男・女		A・B・C・D・E				
14				男・女		A・B・C・D・E				
15				男・女		A・B・C・D・E				

※Aにお申し込みの方は、全国健康保険協会より送付されている対象者一覧表を当院へお送りください。

または、保険証の保険者番号(8桁)、記号・番号を記載してお送りください。