

受 診 申 込 者 名 簿

#	健 康 保 険 証 号 記 号 - 番 号	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 (西 暦)	性 別	健 診 料 全額負担	婦 人 科		備 考
						+ 子 宮	+ 乳 房	
1	-							
2	-							
3	-							
4	-							
5	-							
6	-							
7	-							
8	-							
9	-							
10	-							
11	-							
12	-							
13	-							
14	-							
15	-							
16	-							
17	-							
18	-							
19	-							
20	-							

※健保の補助金を希望しない場合は「健診料全額負担」に✓を記入して下さい。

※婦人科検査を希望する場合は、希望する婦人科の項目に✓を記入して下さい。

※今回の健診を補助金希望で受診された場合、その他の人間ドック等健診に対する補助の対象となりませんのでご注意下さい。

※ご家族もご受診いただけますが、一旦健診料金の全額をお支払いいただき、後日、健保組合へ補助金申請をされると7割相当分の補助が受けられます。