

受 診 申 込 者 名 簿

平成 年 月 日

#	健康保険証 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	〇〇〇〇 - ×××××	ケンポ タロウ 健保 太郎	1965/4/1	男				
2	〇〇〇〇 - □□□□□	ケンポ ハナコ 健保 花子	1967/4/2	女		✓	✓	
3	〇〇〇〇 - △△△△△	ケンポ ジロウ 健保 次郎	1969/4/1	男	✓			
4	〇〇〇〇 - ×××××	ケンポ ツキコ 健保 月子	1992/4/4	女	✓	✓	✓	被扶養者
5	-	ケンポ ソウセイ 健保 創成	1944/2/29	男	✓			組合員外
6	9000 - 〇〇〇〇〇	ケンポ ハツヨ 健保 ハツ代	1945/8/3	女		✓	✓	事業所 受診希望
7	-							
8	-							
9	-							
10	-							
11	-							
12	-							
13	-							
14	-							
15	-							
16	-							
17	-							
18	-							
19	-							
20	-							

記入例

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

TEL 03・3576・3511

※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