

事業所名：

ご担当者：

様

TEL:

FAX:

健康保険組合名：

保険者番号：
(例：01230010)

記号：

*グループ会社等、保険証情報が異なる場合は、
名簿を分けてお送りください。

No.	カナ	生年月日	性別	区分 (保険証)	番号 (保険証)	受診希望コース	胃部検査 *胃部検査を含むコースの方のみ	その他(オプション検査等)	希望日	
	氏名								月	日
例	サクラ ハナコ 桜 花子	昭和60年5月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	1	法定健診・雇入健診・ 簡易ドック・基本ドック・ プレミアムドック	<input checked="" type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり	婦人科検診・名古屋市ワンコイン検診・ その他(オプション検査表をご参照ください。)	第1希望 (4月20日 AM)	第2希望 (4月25日 PM)
1			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
2			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
3			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
4			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
5			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
6			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
7			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日
8			<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ経口鎮静あり		月 日	月 日

注1 ご予約は受診希望日の2週間前までにご連絡ください。(先のご予約、承っております。)