

## 健診受診者名簿(協会けんぽ)

【事業所名称】	【担当者名】
【事業所所在地】 下	
【電話番号】	【FAX番号】

保険者番号	保険証の記号

保険証 の番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	受診内容 (○で囲んでください)			受診日時	備 考(追加検査等)
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮		
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	
				一般 健診	乳がん (マンモ)	子宮	月 日 :	

- 全国健康保険協会(協会けんぽ)へのお申込み手続きは不要です。
- 健診費用の一部補助は、年度内お一人様一回です。