東振協専用 健康診断予約表

TEL [098-860-3017] FAX [098-860-6696]

事業所名称:				ご担当者:		TEL:	
事業所住所: 〒						FAX:	
保険者名:		健康保険組合	保険者番号:		保険証記号:		
【確認事項】*ご住所が重	複する場合、同上と記載するか各項目の	アルファベット(A〜C)	と同様とお書きくた	さい		_	
A.問診票送付先	①事業所(住所を記載してください)	②自宅(予約リストに	記載)		①か②を記載↓		備考
₹							
B.東振協からの結果送付先	①事業所(住所を記載してください)	②自宅(予約リストに	記載)		①か②を記載↓		備考
₹							
※D1コースの結果は東振協から	の指定により、全てご自宅発送となります						
C.お支払い方法	①請求書発行(発送先住所記載してくた	ごさい) ②当日受診	者よりお支払い		①か②を記載↓	備 考(オプションは本人払い 等)
₹							

【予約名簿】

保険調	氏 名	フリガナ	生年月日	性別 健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②		受診者住所(発送先が(固人の場合)	備考
番号	(漢字)	7971	土井万口	(A・B・D1など)	7//3/	布奎口(J) 	山山田山	布里口(2) 		受診者住所(発送先が 郵便番号 ご自 ⁹	它住所	
記 入 例	医師会 三太郎	イシカイ サンタロウ	S57/8/28	男 Bコース	PSA検査	R5/12/12(火)	AM	R5/12/20(水)		900-0016 那覇市東町26-1 ンション医師会0005		今年度入社
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

	保険証 氏名		→ 11 ±2 ±	# 左日日	.k4. 🗆 i I	健診コース	→ →° > . — > .		吐胆		D土 88 +++	5	備考	
	番号	(漢字)	フリガナ	生年月日	1生列	健診コース (A・B・D1など)	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	时间市	郵便番号	受診者住所(発送先が個人の場合) ご自宅住所	
8														
9														
10														
11														
12														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
23														

	保険証 氏名		_ 11 10 1	4.500	let mit	健診コース	×+8 □ ②	n+ 00 +++	×+8 D @	n+ 00 +++	5	受診者住所(発送先が個人の場合)		
	番号	(漢字)	フリガナ	生年月日	性別 	健診コース (A・B・D1など)	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	郵便番号	ご自宅住所	備考
24														
_														
25														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
32														
33														
34														
35														
33														
36														
37														
30														
38														
					1									
39														
L	ļ.		1	1	ļ.				1					