

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)と同様とお書きください

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ださい)	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 】

記入例	保険証番号	氏名	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	受診者住所(発送先が個人の場合)		備考
		(漢字)										郵便番号	ご自宅住所	
	100	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)	PM	900-0016	那覇市東町26-1 ケンシンセンターマンション医師会000号	今年度入社
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

保険証 番号	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	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合)		備考
	(漢字)				(A・B・D1など)						郵便番号	ご自宅住所	
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													

保険証 番号	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	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合)		備考
	(漢字)				(A・B・D1など)						郵便番号	ご自宅住所	
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													