

**東振協専用**

# 2025年(R7)度 健康診断予約表

TEL【098-860-3017】

FAX【098-860-6696】

フリガナ： \_\_\_\_\_  
 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 (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 名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
	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	R7/4/1(火)	AM	R7/4/2(水)	AM	〒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 名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
	(漢字)				(A・B・D1など)							
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 名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
	(漢字)				(A・B・D1など)							
24											〒	
25											〒	
26											〒	
27											〒	
28											〒	
29											〒	
30											〒	
31											〒	
32											〒	
33											〒	
34											〒	
35											〒	
36											〒	
37											〒	
38											〒	
39											〒	

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 名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
	(漢字)				(A・B・D1など)							
40											〒	
41											〒	
42											〒	
43											〒	
44											〒	
45											〒	
46											〒	
47											〒	
48											〒	
49											〒	
50											〒	
51											〒	
52											〒	
53											〒	
54											〒	
55											〒	

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 名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
	(漢字)				(A・B・D1など)							
56											〒	
57											〒	
58											〒	
59											〒	
60											〒	
61											〒	
62											〒	
63											〒	
64											〒	
65											〒	
66											〒	
67											〒	
68											〒	
69											〒	
70											〒	