

2026年度 健康診断受診者名簿（他健保組合加入企業・団体用PDF）

記入日	年 月 日	以下全てご記入ください
企業名		
ご担当者名		
電話番号		
加入健保名		
保険者番号		
保険記号		
受診NG 時間帯		

○注意事項○

⚠ 個人情報の入力について

①氏名・生年月日・保険証情報に相違があるとご受診いただけない場合がございます。ご提出の際は、今一度、各受診者様の情報にお間違いがないかご確認ください。

②健保補助のある健診を受診する場合は、保険証情報に相違があると補助が受けられません。

⚠ 項目選択について

●【健診コース】→①加入健保・または当院のコース名称をご入力ください。 例 9）生活習慣病予防健診、C健診、雇入れ健診等

②東振協利用の場合（ A1 / A2 / B.B1 / D1 / D2 / E ）いずれかをご入力ください。 ※他健診と雇入れを兼ねる場合は、備考欄に『雇入れ』と明記ください。

●【胃部検査】→胃部検査が健診コースに含まれている場合、必ず（胃部検査なし / バリウム/ 胃カメラ）のいずれかを選択。『胃なし』希望時は、理由を備考欄に明記してください。

●【健保補助のあるオプション】→①健保補助対象年齢の方は、健保オプションを優先。 ②健保補助対象外年齢の方が希望されている場合は、クリニックオプションとなります。

当院使用欄	
団体No.	
予約管理No.	

☐ 予約先行

起算日
2027/4/1

	フリガナ 保険証氏名	生年月日 YYYY/MM/DD	年齢	性別	保険証 番号	枝番	区分	受診コース	希望オプション ※メニューコード記入	予約希望日 ※第1～3希望まで記入	当院使用欄
											決定予約日 日付（曜日/時間）
1				☐ 男 ☐ 女			☐ 被保険者（本人） ☐ 被保険者（任継） ☐ 被扶養者（配偶者） ☐ 被扶養者（家族）	・胃部検査 ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ ・子宮細胞診 ☐ なし ☐ あり ・マンモグラフィー ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向		・第1希望 月 日（ ） ・第2希望 月 日（ ） ・第3希望 月 日（ ）	/ （ ） 時 分
2				☐ 男 ☐ 女			☐ 被保険者（本人） ☐ 被保険者（任継） ☐ 被扶養者（配偶者） ☐ 被扶養者（家族）	・胃部検査 ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ ・子宮細胞診 ☐ なし ☐ あり ・マンモグラフィー ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向		・第1希望 月 日（ ） ・第2希望 月 日（ ） ・第3希望 月 日（ ）	/ （ ） 時 分
3				☐ 男 ☐ 女			☐ 被保険者（本人） ☐ 被保険者（任継） ☐ 被扶養者（配偶者） ☐ 被扶養者（家族）	・胃部検査 ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ ・子宮細胞診 ☐ なし ☐ あり ・マンモグラフィー ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向		・第1希望 月 日（ ） ・第2希望 月 日（ ） ・第3希望 月 日（ ）	/ （ ） 時 分
4				☐ 男 ☐ 女			☐ 被保険者（本人） ☐ 被保険者（任継） ☐ 被扶養者（配偶者） ☐ 被扶養者（家族）	・胃部検査 ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ ・子宮細胞診 ☐ なし ☐ あり ・マンモグラフィー ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向		・第1希望 月 日（ ） ・第2希望 月 日（ ） ・第3希望 月 日（ ）	/ （ ） 時 分
5				☐ 男 ☐ 女			☐ 被保険者（本人） ☐ 被保険者（任継） ☐ 被扶養者（配偶者） ☐ 被扶養者（家族）	・胃部検査 ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ ・子宮細胞診 ☐ なし ☐ あり ・マンモグラフィー ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向		・第1希望 月 日（ ） ・第2希望 月 日（ ） ・第3希望 月 日（ ）	/ （ ） 時 分

備考欄

--	--