

保険証の 保険者番号	事業所名			個人負担金 支払方法	すべて個人（窓口）支払	
	担当者名	TEL FAX			すべて事業所へ請求	
保険証の記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします			ジョイメイトチケット	あり ・ なし
					事業所用結果の送付	必要 ・ 不要

保険証の番号	受診者氏名	性別	生年月日	胃部	希望月	備考 (オプション・旧姓・希望人数)	受診決定日
1	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
2	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
3	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
4	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
5	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
6	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
7	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
8	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				
9	ふりがな	男	S . .	カメラ・透視・無し			
		女	H				

病院欄	受付	入力	確認	連絡
-----	----	----	----	----