

# 健診受診者名簿 (協会けんぽ用)

※必ず太い枠内を全てご記入ください。

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号

事業所名 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

FAX番号 : \_\_\_\_\_

担当者 : \_\_\_\_\_ 様

	カルテID	システムID	資格確認	健康保険証の番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	健診コース	健診希望日	健診日	受付時間	郵送
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

**かすかべ生協診療所 担当:**  
 住所 〒344-0065 春日部市谷原2-4-12  
 健診専用ダイヤル **048-760-6100**  
 Fax **048-752-6173**  
 お問い合わせ時間 **8:30~16:30(月~金)**

予約受付①
予約受付②