事業所名称：

事業所郵便番号：　〒

年齢起算日：　2027/3/31

健康保険組合名称：

事業所住所：

保険者番号：

事業所電話番号：

事業所記号：

事業所FAX番号：

No.	申込者氏名	申込者氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者 番号	生年月日 yyyy/mm/dd	年齢	性別	健診区分 本人：1 家族：2											健診予定 年月日	健診予定 時間	備考
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

事業所名称：　株式会社〇〇〇〇〇

健康保険組合名称：　〇〇〇〇〇健康保険組合

保険者番号：

事業所記号：

事業所郵便番号：　〒〇〇〇-〇〇〇〇

事業所住所：　北海道札幌市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇〇番地

事業所電話番号：　〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

事業所FAX番号：　〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

年齢起算日：　2027/3/31

☆事業所情報を入力してください。
☆健康保険組合の補助を利用されての健診をご希望の場合は、必ず健康保険組合名称・保険者番号・事業所記号を入力してください。

No.	申込者氏名	申込者氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者番号	生年月日 yyyy/mm/dd	年齢	性別	健診区分 本人：1 家族：2	定期健診	定期健診プラス	生活習慣病	人間ドック	腹部エコー 6臓器	子宮がん	乳エコー	マンモ 2方向	動脈硬化 検査		健診予定 年月日	健診予定 時間	備考
1	商工　花子	ｼｮｳｺｳ　ﾊﾅｺ	111	1972/04/10	50	女	1			●		●			●	●		2026/4/1	9:00	
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

性別：男 or 女
健診区分：1 or 2

※プルダウンにて選択してください。

受診を希望する健診コース・オプション名を入力し、希望される項目に『●』を入力してください。

受診希望日時を入力してください。