

定期(A,B,C)・雇入・フリー 専用名簿【見本】

会社名	株式会社〇〇〇〇〇〇			担当者	総務課 △△△		
住所	苫小牧市旭町〇丁目△-□			健康保険組合	□□□□健康保険組合	保険者番号	99999999
TEL	0144-35-0081	FAX	0144-36-0081	基本料金	会社請求・個人払い	オプション料金	会社請求・個人払い

受診日	氏名(フリガナ)	性	生年月日	住所・電話番号(又は携帯番号)	保険証/記号・番号	健診コース	追加検査	備考		
4・1	トマコマイ タロウ	男	T	苫小牧市旭町〇丁目△-□	記号 11111111	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
	苫小牧 太郎	女	S H		×××× (0144)35-0001					被保険者・被扶養者
4・2	トマコマイ ハナコ	男	T	苫小牧市旭町〇丁目△-□	記号 11111111	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	乳がん 子宮がん
	苫小牧 花子	女	S H		×××× (0144)35-0080					
4・3	ホケン ジロウ	男	T	苫小牧市旭町△丁目□-〇 ××アパート 101号	記号 11111111	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
	保健 次郎	女	S H		×××× (0144)35-0081					
.		男	T		記号	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
		女	S H	() -	被保険者・被扶養者					
.		男	T		記号	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
		女	S H	() -	被保険者・被扶養者					
.		男	T		記号	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
		女	S H	() -	被保険者・被扶養者					
.		男	T		記号	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
		女	S H	() -	被保険者・被扶養者					
.		男	T		記号	A B C	胃 検 診	エ コ ル 肺	有 機 溶 剤	
		女	S H	() -	被保険者・被扶養者					

現在加入の健康保険証に記載されている
個人の「記号」「番号」を正確にご記入下さい。

当日保険証の原本を確認しておりますので、必ずご持参下さい

定期(A,B,C)・雇入・フリー 専用名簿

会社名				担当者			
住所				健康保険組合			保険者番号
TEL		FAX		基本料金	会社請求・個人払い	オプション料金	会社請求・個人払い

受診日	氏名(フリガナ)	性	生年月日	住所・電話番号(又は携帯番号)	保険証/記号・番号	健診コース			追加検査				備考
						A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										
.		男	T	() -	記号	A	B	C	胃 検 診	エ コ リ	じ ん 肺	有 機 溶 剤	
		女	S		番号								
		H	被保険者・被扶養者										

定期(A,B,C)・雇入・フリー 専用

変更・キャンセル用紙

※ 1 回の変更・キャンセル手続きごとに **1 枚ずつ** 使用してください

※ 変更の場合は、先に電話にて日程の確認をお願いします

会社名：

担当者：

送信日：

受診日	受診者名	該当に○をつけて下さい	変更日
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/
/		変更 ・ キャンセル	/

苫小牧保健センター

TEL : 0144-35-0080 FAX : 0144-36-0081 MAIL : kenshinjigyo@t-hc.or.jp