記入例

※黄色の部分は入力必須です。

保険者名称	○○○○健康保険組合			事業所名	株式会社　□□□					
保険者番号	「0」を含む８桁の数字	事業所所在地		〒　111-1111					電話番号	問合せに対応できる方の氏名・電話番号をご記入ください
保険証記号	1～8桁の数字			○○県□□市△△町１－１－１					ご担当者名	
保険証番号	氏名（全角）	カナ氏名（半角）	性別	生年月日	本人 配偶者 家族	予約日時		受診コース	追加希望オプション検査	
	姓名の間にスペースを入力してください			（和暦または西暦）		受診日	時間		※健保補助対象のオプション検査については補助を適用します。	
例 123	健診　花子	ｹﾝｼﾝ ﾊﾅｺ	女	S45.11.11	本人	12月10日	10:00	生活習慣病予防健診	子宮頸がん、AFP	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

ご予約日の確定後に記入、送信ください。

ご予約は　℡０３－５２８７－６２１１へ

●1枚に15名様までご記入いただけます。

●2枚目以降も、黄色の入力必須部分は
必ずご記入くださいますようお願いいたします。

●データで送信いただく際のファイル名は
”【受診者情報】保険者番号_保険証の記号_事業所名”
と入力お願いいたします。

確定したご予約日時をご記入ください。

☑胃内視鏡、ＭＲＩ検査は事前予約制です。
お電話にてご予約をお願いいたします。

☑乳がん検査をご希望の場合は
「マンモグラフィ」「乳房超音波検査」
検査方法をご記入ください。

☑健保補助対象のオプション検査については、
補助を適用いたします。

案内状を事業所所在地以外に送付の場合
こちらのシートにご記入ください

受診者情報入力シート　ご自宅住所入力用　ご勤務先住所入力用　Sheet2　Sheet1

※1枚目の「受診者情報入力シート」と同じ順番でご記入ください

記入例

ご自宅宛　こちらのシートは案内状送付先を入力いただくシートです。「事業所所在地」へ送付の場合入力不要です。

事業所名	株式会社　□□□

※黄色の部分は入力必須です。

	保険証番号	氏名（全角）	郵便番号	住所1	住所2
例	123	健診　花子	111-1111	東京都新宿区新宿７－２６－９	フィオーレ東京〇〇〇
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ご自身でご記入ください

「受診者情報入力シート」に
ご入力いただきますと
事業所名・保険証番号・氏名のみ
反映されます

受診者情報入力シート　ご自宅住所入力用　ご勤務先住所入力用　Sheet2

ご勤務先宛　こちらのシートは案内状送付先を入力いただくシートです。「事業所所在地」へ送付の場合入力不要です。

事業所名	株式会社　□□□

※黄色の部分は入力必須です。

	保険証番号	氏名（全角）	郵便番号	住所1	住所2	社名（店舗名）	勤務先電話番号
例	123	健診　花子	111-1111	東京都□□区△△町1－1－1	〇〇ビル●階	株式会社フィオーレ　新宿支店	03-1234-5678
1							
2							
3							
4							

受診者情報入力シート　ご自宅住所入力用　ご勤務先住所入力用　Sheet2