受 診 者 名 簿

実施希望日　令和　　年　　月　　日　午前　・　午後

事業場名：　　担当者名　　保険記号

〒
住所：　　TEL　　FAX

※ **項目欄**→協会けんぽ加入者（年度末年齢３５歳以上）は　**けんぽ**　、協会けんぽ未加入者（年度末年齢３５歳以上）は　**C**

年度末年齢３５歳未満は　**A**　、被扶養者40歳～は　**C特定**(受診券持参)　と記入してください。

＊**バリウム**検診をご希望の方→**胃欄**に〇　＊A・C健診で**大腸検査**ご希望の方→**大腸欄**に〇　＊**けんぽ** の方のみ**保険番号欄記入**

	氏名（カナ）	氏名（漢字）	性別	生年月日	末年齢	項目	胃	大腸		保険番号
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										