2026(R8)年度　健 康 診 断 予 約 表

TEL【098-860-3017】　FAX【098-860-6696】

事業所名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所住所：　〒　　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　健康保険組合　保険者番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　保険証記号：＿＿＿＿＿＿＿＿

【確認事項】＊ご住所が重複する場合、同上と記載するか各項目のアルファベット(A～C)と同様とお書きください

A.問診票送付先	①事業所(住所を記載してください)　②自宅(予約リストに記載)	①か②を記載↓	備　考
〒			

B.結果送付先	①事業所(住所を記載してください)　②自宅(予約リストに記載)	①か②を記載↓	備　考
〒			

C.お支払い方法	①請求書発行(発送先住所記載してください)　②当日受診者よりお支払い	①か②を記載↓	備　考(オプションは本人払い 等)
〒			

【 予 約 名 簿 】

	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合) 郵便番号	受診者住所(発送先が個人の場合) ご自宅住所	備考
記入例	100	医師会　三太郎	イシカイ サンタロウ	S57/8/28	男	協会一般	PSA検査	R8/4/1(水)	AM	R8/4/2(木)	AM	900-0016	那覇市東町26-1　ケンシンセンターマンション医師会000号	今年度入社
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

2026(R8)年度　健康診断予約表

一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696

	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合)		備考
												郵便番号	ご自宅住所	
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														

2026(R8)年度　健康診断予約表

一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696

	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合) 郵便番号	受診者住所(発送先が個人の場合) ご自宅住所	備考
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														

2026(R8)年度　健康診断予約表

一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696

	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合)		備考
												郵便番号	ご自宅住所	
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														
49														
50														
51														
52														
53														
54														
55														

2026(R8)年度　健康診断予約表

一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696

	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	希望日①	時間帯	希望日②	時間帯	受診者住所(発送先が個人の場合) 郵便番号	受診者住所(発送先が個人の場合) ご自宅住所	備考
56														
57														
58														
59														
60														
61														
62														
63														
64														
65														
66														
67														
68														
69														
70														