東振協専用

2026(R8)年度　健康診断予約表

TEL【098-860-3017】　FAX【098-860-6696】

フリガナ：

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.東振協からの結果送付先	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
〒			

※D1コースの結果は東振協からの指定により、全てご自宅発送となります

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(漢字)	フリガナ	生年月日	性別	健診コース(A・B・D1など)	オプション名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	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	Bコース	PSA検査	R7/4/1(火)	AM	R7/4/2(水)	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												〒	

［東振協］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（漢字）	フリガナ	生年月日	性別	健診コース（A・B・D1など）	オプション名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
8												〒	
9												〒	
10												〒	
11												〒	
12												〒	
13												〒	
14												〒	
15												〒	
16												〒	
17												〒	
18												〒	
19												〒	
20												〒	
21												〒	
22												〒	
23												〒	

［東振協］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（漢字）	フリガナ	生年月日	性別	健診コース（A・B・D1など）	オプション名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
24												〒	
25												〒	
26												〒	
27												〒	
28												〒	
29												〒	
30												〒	
31												〒	
32												〒	
33												〒	
34												〒	
35												〒	
36												〒	
37												〒	
38												〒	
39												〒	

［東振協］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（漢字）	フリガナ	生年月日	性別	健診コース（A・B・D1など）	オプション名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
40												〒	
41												〒	
42												〒	
43												〒	
44												〒	
45												〒	
46												〒	
47												〒	
48												〒	
49												〒	
50												〒	
51												〒	
52												〒	
53												〒	
54												〒	
55												〒	

［東振協］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（漢字）	フリガナ	生年月日	性別	健診コース（A・B・D1など）	オプション名称	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) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
56												〒	
57												〒	
58												〒	
59												〒	
60												〒	
61												〒	
62												〒	
63												〒	
64												〒	
65												〒	
66												〒	
67												〒	
68												〒	
69												〒	
70												〒	