

基本健診・総合健診・特定健診・人間ドック・歯科健診及びインフルエンザ予防接種申込（実施）者連名簿

No. - -

健保証記号	健診機関名称	申込（実施）者数															
		被保険者		被扶養者		計											
		男	女	男	女	男	女	計									
	事業所名称																
健保証番号	申込（実施）者氏名	性別	続柄	生年月日	*接種方法	実施日		備考									
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
		男・女		昭和・平成 年 月 日	1回法 2回法	/	/										
特記事項																	

5

10

15

※太枠内は記入しないでください。（健診機関記入欄）  
 ※この用紙は各種目ごとに使用してください。  
 ※\*はインフルエンザ予防接種の場合のみ記入してください。  
 ※ご記入いただきました事項につきましては、健診及びインフルエンザ予防接種実施の目的以外には使用いたしません。