

健康診断対象者一覧

保険資格確認を円滑に行うため、事前にこちらの用紙を健康管理センターまでFAXでご送信ください。

また、保険情報が変更になる場合、または保険資格喪失になる場合は、必ず健康管理センターまでご連絡ください。

事業所名：

(印：)

保険者番号：

保険証記号：

《必須項目》

- ・保険者番号
- ・保険証 記号,番号
- ・氏名
- ・性別
- ・生年月日

情報が不足している場合は
確認のお電話をさせていただきます。

保険証 番号	健診予定日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診の種類			オプション		
					一般 健診	付加 健診	定期 健診	子宮頸 がん	乳がん	その他：
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						
	年 月 日			年 月 日						

岡山赤十字病院 健康管理センター

FAX 086-222-6746

TEL 086-222-8811(代)

10:00~16:00