

保険証の 保険者番号	事業所名			ジョイメイトチケット	あり ・ なし
	担当者名	TEL		事業所用結果の送付	必要 ・ 不要
		FAX			
保険証の記号	事業所住所	〒			
	案内送付先	〒 ※送付先が上記と異なる場合記入			
	結果送付先	〒 ※送付先が上記と異なる場合記入			

保険証の番号	受診者氏名	性別	生年月日	希望健診の種別	胃部 (無しは午後の実施)	希望月	備考 (オプション・旧姓・希望人数)	受診決定日
1	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
2	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
3	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
4	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
5	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
6	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
7	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
8	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		
9	ふりがな	男・女	S ・ H	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し		

☎691-0003
 島根県出雲市灘分町613
 出雲市立総合医療センター健康管理センター

TEL 0853-63-5119
 FAX 0853-63-5118

病院欄	受付	入力	確認	連絡
-----	----	----	----	----