事業所名称	
事業所所在地	〒　－
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

保険者番号	
保険証記号	

名簿レイアウト

下記①～⑨を漏れなく入力してください。
オプションのご希望がある場合は、オプションごとにセルを分けて入力してください。

①必須	②必須	③必須	④必須	⑤必須	⑥必須	⑦必須	⑧必須	⑨必須				
保険者番号	記号	番号	カナ氏名	氏名	性別	生年月日	受診日	コース名	オプション1	オプション2	オプション3	メモ
1230010	12345678	1234	ﾁｭｳﾆﾁ ﾊﾅｺ	中日　花子	女	S60.4.2	4月3日	1日ﾄﾞｯｸ	ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ	子宮がん	脳	

半角カタカナ

全角漢字