

大腸がん検診申込書

被保険者証の記号・番号		—		
事業所名				
被保険者氏名				
受 診 者	住 所	〒	—	
			都道府県	市郡 区町
	----- ----- -----			
		Tel () —		
	氏 名	フリガナ -----		
		被保険者との続柄 ()		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	性 別	性 別 (男 ・ 女)		

↓チェック欄 (必ずチェック印✓を付してください。)

<input type="checkbox"/>	・健診時のオプション検査で「大腸がん検診」を受診していません。
<input type="checkbox"/>	・健診時のオプション検査で「大腸がん検診」を受診しません。

上記のとおり一部負担金700円を添えて申込みます。

※ 申込上の注意

- ・ マンション等の場合は、○号棟○○○号室まで正確にお願いします。
- ・ 大腸がん検診の補助は年度(4月～翌3月)1回限りです。

※健保使用欄

整理番号	No.
------	-----