令和　　年　　月　　日

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 性　別	昭和・平成　　年　　月　　日 性　別（男・女）

↓チェック欄（必ずチェック印✓を付してください。）

	・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。
	・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。

↓チェック欄（必ずチェック印✔を付してください。）

	現金払い
	銀行振込（令和　　年　　月　　日振込予定）

※ 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.