

冬季 [第4回目]
「大腸がん検診 (郵送方式)」 申込書
< 申込締切日 平成24年1月25日 (水) >

※ 一部負担金の納入方法 (_____ 名
/ _____ 円)

ア. 現金書留 イ. 指定口座振込
(いずれかに○をしてください)

事業所記号	
事業所名	
事業所所在地	
担当者氏名	
電 話	()

	保険証 番 号	フリガナ		生年月日	年齢	性別	本人	家族	資料送付先 (〒現住所) & 電話番号
		氏 名							
1				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
2				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
3				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
4				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
5				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
6				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
7				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
8				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
9				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()
10				昭和 ・ ・		男 女	本 本	家 家	〒 電話 ()

- 氏名には必ずフリガナをつけてください。申込書が不足の場合はコピーしてご使用ください。
- 一部負担金は事業所で取りまとめのうえ、現金書留の場合はこの申込書と一緒に1月25日(水)までに、振込みの場合は指定口座に1月27日(金)までに納めてください
- 被保険者・被扶養者以外の方の申込みは、保険証番号の欄に○を記入してください。検診費用(2,835円)は検査機関から事業所担当者または本人宛に請求があります。
- 申込書の情報は検査容器の送付と検査結果報告および検査料金の請求に使用し、それ以外に使用することはありません。また、検査結果は当組合にも通知され、保健指導等のために使用します。