

常務理事	総務部長	担当者

大腸検診申込書

事業所名		任意継続保険		健康保険 記号	31
申し 込 み 数	大腸検診	被保険者 名	配偶者 名	自費 名	合計 名

※太枠内をご記入ください。

受 検 者 名 簿								
健康保険証		氏 名 (フリガナ)	どちらかに ○		生 年 月 日	年 齢	備 考	
記号	番号		本 人	配偶者				

以上のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

住 所 〒 _____
(検体容器送付先)

電 話 番 号 _____

【実 施 事 項】

- | | |
|------------|---|
| 1. 対 象 者 | 35歳以上の 被保険者および被扶養者である配偶者 で
受検を希望される方(年度で35歳以上の方対象) |
| 2. 時 期 | 申 込 締 切 日 : 10月15日(水)
検体容器等配付 : 10月下旬
検 体 送 付 期 限 : 11月28日(金) |
| 4. 検 診 費 用 | 全額 健康保険組合負担 |
| 5. 委 託 機 関 | 医療法人 福慈会 福慈クリニック |