平成29年度　大腸ガン検査申込書

＊　健康保険組合に検査結果が報告されること、また、未受検の場合に事業所へ報告を行う事を同意の上、申し込みいたします。

事業所名　情報サービス株式会社

保険証記号・番号　１０００－５０

(フリガナ)　ケンポ　イチロウ

被保険者氏名　健保　一朗

〒　４６０－０００３

送付先住所　愛知県名古屋市中区錦二丁目2－13　名古屋センタービル4階

TEL　○○○（○○○）○○○○

検査申込者氏名（フリガナ）	続柄	生年月日
ケンポ　イチロウ 健保　一朗	本人	(昭)・平　○○年　○○月　○○日
ケンポ　ハナコ 健保　花子	妻	(昭)・平　○○年　○○月　○○日
		昭・平　年　月　日
		昭・平　年　月　日

※対象者は、**被保険者及び18歳以上の被扶養者**です。ご希望の方は、**1月10日（水）までに**貴事業所担当者様（任意継続の方は当健保組合）までお申し込みください。お申し込みをされた方は、必ず受検（検体郵送）していただきますようお願いいたしいたします。お申し込み後、受検されなかった方につきましては、事業所へご報告させていただきます。また、次年度以降の郵送ガン検査のお申し込みをお断りさせていただく場合や検査器具代を請求させていただく場合もございますので、ご了承願います。
※本書に記入いただきました個人情報につきましては適切に取り扱い、目的以外には使用しません。

キリトリ

平成29年度　子宮頸部ガン検査申込書

＊　健康保険組合に検査結果が報告されること、また、未受検の場合に事業所へ報告を行う事を同意の上、申し込みいたします。

事業所名　情報サービス株式会社

保険証記号・番号　１０００－５０

(フリガナ)　ケンポ　イチロウ

被保険者氏名　健保　一朗

〒　４６０－０００３

送付先住所　愛知県名古屋市中区錦二丁目2－13　名古屋センタービル4階

TEL　○○○（○○○）○○○○

検査申込者氏名（フリガナ）	続柄	生年月日
ケンポ　ハナコ 健保　花子	妻	(昭)・平　○○年　○○月　○○日
		昭・平　年　月　日
		昭・平　年　月　日
		昭・平　年　月　日

※対象者は、**女性被保険者及び20歳以上の女性被扶養者**です。ご希望の方は、**1月10日（水）までに**貴事業所担当者様（任意継続の方は当健保組合）までお申し込みください。お申し込みをされた方は、必ず受検（検体郵送）していただきますようお願いいたします。お申し込み後、受検されなかった方につきましては、事業所へご報告させていただきます。また、次年度以降の郵送ガン検査のお申し込みをお断りさせていただく場合や検査器具代を請求させていただく場合もございますので、ご了承願います。
※本書に記入いただきました個人情報につきましては適切に取り扱い、目的以外には使用しません。