

平成26年度 大腸ガン検査申込書

* 検査結果が健康保険組合に報告されることを同意の上、申し込みいたします。

事業所名 _____

保険証記号・番号 _____

(フリガナ)

被保険者氏名 _____

〒 _____

送付先住所

TEL _____ (_____)

検査申込者氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日
		昭・平 年 月 日
		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9日(金)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、ご了承ください。

キ リ ト リ

平成26年度 子宮頸部ガン検査申込書

* 検査結果が健康保険組合に報告されることを同意の上、申し込みいたします。

事業所名 _____

保険証記号・番号 _____

(フリガナ)

被保険者氏名 _____

〒 _____

送付先住所

TEL _____ (_____)

検査申込者氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日
		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9日(金)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、ご了承ください。