令和8年度　大腸がん検査申込書

◎検査を希望する方の氏名を記入してください。

検査申込者氏名（フリガナ）	性別	続柄	生　年　月　日
ケンポ　イチロウ 健保　一朗	男	本人	昭・平　55　年　5　月　5　日
ケンポ　ハナコ 健保　花子	女	妻	昭・平　60　年　6　月　6　日
			昭・平　　年　　月　　日
			昭・平　　年　　月　　日

◎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されることに同意の上、申し込みいたします。

事業所名　情報サービス株式会社

被保険者等記号・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

検査器具送付先住所（ご自宅の住所）

＊　検査器具は、お申込みいただいた被扶養者の方の分も含めて、**被保険者宛てに送付**いたします。

〒　460　－　0003

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

ご連絡先（昼間の連絡先）　TEL　090　（●●●●）●●●●

※対象者は、**被保険者及び18歳以上の被扶養者**です。受検をご希望の方は、**令和8年12月11日（金）**までに貴事業所担当者様までお申し込みください。

※お申し込みされた方は、必ず受検（検体郵送）していただきます様お願いいたします。
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く場合や、次年度以降の郵送がん検査のお申し込みをお断りさせていただく、また、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。