

## 令和2年度 大腸がん検査申込書

\* 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に同意の上、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（ご自宅住所）〒

ご連絡先（昼間の連絡先）TEL

( )

(フリガナ) 検査申込者氏名	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。受検をご希望の方は、令和3年1月8日（金）までに  
貴事業所担当者様（任意継続は当健保組合）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、ご了承ください。

※検査器具は、お申し込みいただいた被扶養者の分も含めて、被保険者宛てに送付いたしますので ご注意ください。

※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