大腸がん検診利用申込書（健康開発センター）

東京薬業健康保険組合　　殿

下記のとおり申込みます。

被保険者等 記　号				

※枠線内は全て記入してください。

被保険者等 番　号	氏　　名	対　象　者	生 年 月 日	年齢	当組合の検診における個人情報の取扱いについて ※チェックの無い方は受診できません。 ☑
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者	S H 年 月 日	才	□同意する

一部負担金（消費税込）	550円	30歳以上の被保険者及び被扶養者 ※今年度、便潜血反応検査を受診済の方は申込みできません。

（注意事項）

（1）申込みはFAXで可能です。FAXでの申込みの場合、原本の送付は必要ありません。

（2）この申込書での「同意する」へのチェックについては事業主提供とは関係ありません。

（3）検診実施日は採便容器等が健康開発センターへ到着した日となります。

※個人情報の取扱いについて

・本申込書に記入された内容は本件以外には使用しません。

・個人情報の取扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

https://www.toyaku-kenpo.or.jp/member/info/policy.html

【申込者記入欄】

事業所所在地（被保険者住所）	〒
事業所名（任継・特退は不要）	
申込責任者（被保険者名）	
電話番号（連絡先）	（　　）

【FAX番号】お間違いのないようご注意願います。

03（3833）3235

FAX番号のかけ違いによりご迷惑をお掛けするケースが発生しております。上記番号を十分ご確認のうえ送信してください。

【問合せ先】

東薬健保健康開発センター　検査課医事係

TEL　03(3833)3273