

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。

| 健康保険証 記号 | 9 | 9 | 9 | 9 | ※枠線内は全て記入してください。 | |
|-------------|-------|-----------|--------------------|---------|--|--|
| 健康保険証 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。 <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 99999 | 業務 花子 | 被保険者・被扶養者 | S H 3 年 4 月 2 日 | 30 才 | <input checked="" type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |
| | | 被保険者・被扶養者 | S H 年 月 日 | 才 | <input type="checkbox"/> 同意する | |

| | | |
|-------|----------|--|
| 一部負担金 | 500円+消費税 | 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>

【申込者記入欄】

| | |
|--------------------|------------------------------|
| 事業所所在地 (被保険者住所) | 〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 |
| 事業所名 (任継・特退は不要) | 東京株式会社 |
| 申込責任者 (被保険者名) | 総務課 総務 太郎 |
| 電話番号 (連絡先) | 03 (3833) 3271 |

【FAX番号】お間違いのないようご注意ください。

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