

大腸がん検診利用申込書(健康開発センター)

被保険者等 記号	9 9 9 9
-------------	---------------

※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。 <input checked="" type="checkbox"/>
99999	薬業 太郎	被保険者・被扶養者	S H 7 年 10 月 5 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

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 花子
電話番号 (日中連絡がつく番号)	03 (3833) 3271

【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】

東葉健保健康開発センター
検査課医事係

受付印

TEL 03(3833)3273