

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	
		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

受 付 日 印