肺　癌　健　診　申　込　書

コピーをとり、健診当日受付に健康保険証と一緒に提出して下さい。

《40才以上の被保険者の方が対象（受診年度内に40歳の誕生日を迎える方を含む）》

FAX送信方向

記　号		番　号		事業所名			
フ　リ　ガ　ナ				生　年　月　日		年　齢	性　別
受診者氏名 **（被保険者氏名）**				西暦 年　月　日		歳	
健診機関名							
健　診　日	西暦　　年　　月　　日						
人　間　ド　ッ　ク　の　予　約			○ 印 を 付 け て 下 さ い あり　　なし				

◆ 人 間 ド ッ ク の 予 約 の あ る 方 は 、 別 途 人 間 ド ッ ク 申 込 書 が 必 要 と な り ま す 。

FAX送信方向

健保FAX
03-5812-0911

※ この申し込みに係る個人データについては、肺癌健診利用以外の目的には使用いたしません。