

尼崎機械金属健康保険組合 **大腸がん検診申込書**

受付印

## 1 申込者

事業所名		事業所記号		担当者名	
所在地				電話番号	

## 2 健診実施機関

・メスプ細胞検査研究所	※利用者負担額 ¥850/人 を添えて提出してください。
-------------	------------------------------

## 3 受診者

30才以上の被保険者・被扶養者が対象です。郵便局の現金封筒にて利用者負担額と申込書を提出しても構いません。その際、おつりのないようにお願いします。

No.	証番号	フリガナ	本人 家族	生年月日	性別	自宅住所
		受診者氏名				自宅電話番号
1			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
2			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
3			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
4			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
5			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
6			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
7			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
8			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
9			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL
10			本人	S・H	男・女	〒
			家族	・ ・		TEL