【対象者：40歳以上（2024年3月31日時点）の被保険者および被扶養者】

健保受付番号

2023年度　大腸がん　郵便検診申込書

西武健康保険組合　御中

下記のとおり申込みます。

【　被保険者　】

2023年度の募集は終了しました。

【

	生年月日	昭和　　年　　月　　日		（2024年3月31日時点）	歳
②	フリガナ			続柄	本人　・　家族
	氏　名				
	生年月日	昭和　　年　　月　　日		年齢（2024年3月31日時点）	歳

【　送付先　】

住　所（アパート・マンション名、部屋番号まで記入）	（〒　　―　　）
電話番号	（　　）

《検診方法》　検診キットを使い、2日間、便をスティックでこすり採取します。
※検診キットは11月中旬に、ご自宅へ郵送されます。

《検診機関》　医療法人社団ENEXT　池袋藤久ビルクリニック

《検診費用》　**無料**（検診費用2,200円は西武健保が負担します。）

《申込方法》　**西武健保ホームページ「新着情報」よりWEBでお申込みください。**
または「郵便検診申込書」の太枠内をご記入の上、**会社担当者経由**で西武健保へご提出ください。

《申込締切日》　**2023年10月20日（金）までに会社担当者へ提出**
※任意継続の方は、申込締切日までに直接西武健保へご郵送ください。
※締切後の申込みについては受付できませんので、ご了承ください。

《注意事項》
- ●この申込書の提出をもって、医療機関が西武健保に検診結果を通知することに同意したものとさせていただきます。
- ●申込後にキャンセルとならないようご注意ください。
（やむを得ずキャンセルする場合は、必ず検診キットを西武健保へ返却してください。）
- ●今年度、人間ドック等で同じ検査を受けていないかご確認のうえ、お申込みください。
- ●申込みが重複しないよう、WEBまたは申込書どちらかでお申込みください。

会社承認欄	

《問合せ先》
〒359-0037
埼玉県所沢市くすのき台1-11-1
西 武 健 康 保 険 組 合
TEL　04-2926-3876

健保受付印

H14-202309