

【対象者：40歳以上(2016年3月31日時点)の被保険者および被扶養者】

--

大腸がん 郵便検診申込書

西武健康保険組合 御中

下記の通り申し込みます。

【 被保険者 】

保険証	記号		番号	
会社名				所属
氏名	①			

【 受診者 】 ※被保険者(本人)が受診する場合も必ずご記入ください。

①	氏名	フリガナ	続柄	本人・家族
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 (2016年3月31日 時点)	歳
②	氏名	フリガナ	続柄	本人・家族
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 (2016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)	フリガナ (〒 -)
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月中に、ご自宅へ郵送されます。

《医療機関》 医療法人社団 卓秀会 池袋藤久ビルクリニック

《検診費用》 無料(検診費用は西武健保が全額負担します。)

《申込方法》 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》 **2015年10月23日(金)〈16:00まで〉西武健保 必着**
※締切後の申し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》

- 申込後にキャンセルとにならないようご注意ください。(やむをえずキャンセルする場合は、必ず西武健保へご連絡ください。)
- 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、お申し込みください。
- 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。

会社承認欄	

健保受付印