

令和5年度大腸がん検診申込書（本人）

※対象：40歳以上の被保険者（昭和59年3月31日以前の誕生者）

下記の注意事項を必ずお読みください。 了承済み

了承済みの方のみお申込みください。のない方のお申込みは、無効とさせていただきます。

保 険 証	記 号	番 号	
申 込 者	フリガナ		
	氏 名		
	検査容器 及び 検査結果 送付先	届出のご住所に送付します。 10月13日(金)を過ぎても検査容器が届かない場合は、お申し出ください。 本社へお送りします。 11月以降（督促後）のお申し出は、再送料として500円を請求します ので、ご注意ください。	

受検を希望される場合は、この申込書をご記入のうえ、会社の健保担当者へ提出してください。

資格喪失される方（退職予定の方）は、申込み対象外となります。

申込みをされて受けなかった方は、容器代として**500円**が病院から請求されますので、予めご了承ください。（未受検者のみ費用が発生します。）

なお、未使用の容器を返却いただいても、容器代はご負担いただきますのでご注意ください。

申込締切：8月28日（月）

※個人情報の取扱い

申込書に記入された住所等の個人情報は、本検診の申込事務及び健康相談（事後指導）に利用し、その他の目的では利用いたしません。

静岡県自動車販売健康保険組合