

令和6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60年3月31日以前の誕生者）

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。

保 険 証	記 号	番 号		
申 込 者	フリガナ			
	氏 名	下記の注意事項を必ずお読みください。 <input type="checkbox"/> 了承済み 了承済みの方のみお申込みください。 <input checked="" type="checkbox"/> のない方のお申込みは、無効とさせていただきます。		
	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。		

【注意事項】

- 【1】 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。
- 【2】 10月4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。
実施期間後の申し出は、別途再送料（500円）がかかります。ご了承ください。

申込締切：8月23日（金）

（健保組合あて 8月28日必着）

※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。