

# 2019年度 がん自己検診FAX申込書

## 大阪鉄商健康保険組合

FAX送信先  
検査機関 メスブ細胞検査研究所

FAX:075-211-7400

※被保険者証の記号-番号を必ずご記入ください。

NO	氏名	住所・電話番号	生年月日 年齢・性別	続柄	希望される検診に○印をしてください。
1	フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ( )歳 男・女	本人 家族	子宮 肺 大腸 前立腺
	TEL( ) -				
	※被保険者証 記号-番号	-			
2	フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ( )歳 男・女	本人 家族	子宮 肺 大腸 前立腺
	TEL( ) -				
	※被保険者証 記号-番号	-			
3	フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ( )歳 男・女	本人 家族	子宮 肺 大腸 前立腺
	TEL( ) -				
	※被保険者証 記号-番号	-			
4	フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ( )歳 男・女	本人 家族	子宮 肺 大腸 前立腺
	TEL( ) -				
	※被保険者証 記号-番号	-			
5	フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ( )歳 男・女	本人 家族	子宮 肺 大腸 前立腺
	TEL( ) -				
	※被保険者証 記号-番号	-			

＜個人情報の取り扱いについて＞受診される方の個人情報は本検診を提供する目的および保険事業のみ利用します。また受診する方の個人情報を事前の承諾を得ず第三者に提供・開示することはありません。※個人情報の取り扱いに同意の上、お申込みください。

上記のとおり申込みます。

年 月 日

事業所名称

事業所所在地 〒

電話番号 ( ) - FAX番号 ( ) -

担当者

- (注) 1. 受診できるのは、被保険者証に記載されている方に限ります。(子宮頸がんは年齢20歳以上。その他の項目は35歳以上)  
2. 被保険者証の記号-番号が記入されていることをご確認の上、FAX送信してください。