

「胃がん・肺がん」特別検診申込書

受診科目にも○を付けて下さい。

会員番号	氏名	自宅住所	生年月日	年齢	性別	保険種別	受診科目	希望受診日	希望オプション
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	
-			S 年 月 日		男・女	国・社・他	胃・肺	月 日	

10月15日(日)の日曜検診の締切は **10月6日(金)** です。

国=国民健康保険、社=社会保険、他=その他
年齢は受診日の年齢をご記入ください。

他のお申込は全て**10月23日(月)**必着です。

※オプション(有料)の希望があるときは、オプション欄に記入してください。

◆午前の検診は、10月30日(月)~11月10日(金)【11月3日を除く】

※今回の対象は胃がん・肺がんです。

◆日曜検診は10月15日・11月12日、

土曜検診は10月21日・11月4日・11月18日です。

乳がん・子宮がん(オプション含)の検診を受けたい場合には
従来通り個別で予約してセンターに助成券を申請してください。

令和5年10月 日

事業所住所

申込代表者

事業所名

事業所電話番号

お申し込みは手渡し・郵送もしくはFAXでお願い致します。 FAX番号 29-3577

★ 申込書到着後一週間以内に、「がん検診利用券」を事業所宛に郵送いたします。
一週間経っても届かない場合はご連絡ください。

(一財)旭川市勤労者共済センター TEL 23-9997