

大腸検診 申込書

(本申込書は、WEB申込ができない方のみ、ご利用ください。)

対象者 35歳以上の被保険者及び被扶養者（今年度35歳になる方を含む）

検査費用 無料

検査方法 専用スティックで便を軽くこすりとるだけです。（便潜血法）

申込方法 下記の申込書を記入の上、健康保険組合まで、送付ください。
申込者には、後日健診機関より採便キットをご自宅へ郵送します。

申込受付期間 2024年5月13日（月）～ 6月7日（金） 健保必着

キ リ ト リ

アイシン健康保険組合行き

大 腸 検 診 申 込 書

保険証記号・番号	—	被保険者氏名	
自宅の住所及び 電話番号	〒 — 電話（ ） — 住所		
事業所名		部署名	

受診者氏名（フリガナ）	生年月日	年齢	性別	区分
	S・H 年 月 日	歳	男・女	本人・家族
	S・H 年 月 日	歳	男・女	本人・家族
	S・H 年 月 日	歳	男・女	本人・家族

※採便キットが確実に受け取りできる住所を記入してください。

※申込書に記載いただいた個人情報、健診委託先に連絡いたしますので、同意の上申込みください。