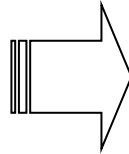


大腸がん健診のご案内

食生活の変化にともない大腸の病気が増えています！！

大腸疾患の危険信号	
★お腹が痛い	★便に血がまじる
★体重減少	★便秘がち
★便秘と下痢を繰り返す	
★なんとなくお腹の調子が悪い	



心当たりのある方はもちろん
症状のない方もぜひ受診を!!

- 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るだけでOK（便潜血法）
- 申込方法** 下記の申込書に必要事項をご記入のうえ健康保険組合まで、送付ください。
（申込者には、後日健診機関より健診書類等をご自宅へ郵送いたします。）
- 申込受付期間** 平成30年5月14日（月）～6月1日（金）

キ リ ト リ

アイシン健康保険組合行き

大腸がん健診申込書

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

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

※住所を必ず記入してください。

※所属コードのある方は、所属コードも記入してください。

※本申込書に記載いただいた情報は健診委託先に連絡いたしますので、ご同意のうえお申込みください。