

(別紙1)

令和	年	月	日	常務理事	事務長	係	係
受診者							
被保険者	被扶養者	計					
名	名	名					

大腸がん検診申込者集計表

1 請求期間 令和 年 月 集計分

2 受診者数 _____ 名

3 一部負担金振込(予定)日 令和 年 月 日

及び振込金額 _____ 円

別紙のとおり大腸がん検診を申込みます。

令和 年 月 日

みずほ健康保険組合理事長 様

所在地

名称

事業所

事業主

受付印

事業所担当者氏名 _____

TEL () _____

受付印

令和7年度 大腸がん検診(郵送方式)連名申込書

事業所記号					
NO	被保険者証 番号	氏名	住所・電話番号	生年月日 年齢・性別	続柄
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族
		フリガナ	〒	西暦 年 月 日 ()歳 男・女	本人 家族

上記のとおり申し込み致します。

令和 年 月 日

みずほ健康保険組合理事長 様

事業所名称

受付日印