

健康診査・がん検診等 申し込み用紙

発信元：

FAX送信（申込み）月日： 月 日

送付先：

計根別農業協同組合 組織広報係 中野
電話 78-2111 FAX 78-2048

時間については、希望を伺いますが、人数により調整します。

保険証の右上の番号を記載してください

必ず○をつけて下さい。

希望日 希望時間	ふりがな 氏 名	〒郵便番号 住 所	電話番号	生年月日	年齢	希望する検診（○をつけてください）						保険の種類 □にチェックを入れてください	支払い方法 (○をつけて下さい)	備考			
						健康 診査	胃	肺	大腸	前立 腺	肝炎				工キ ノ	眼底	骨粗 鬆症
8月22日 6時～7時	のうきょう だろう 農協 太郎	〒08*—**** 字〇〇 **番地**	** - ****	H ⑨・T **・**・**	**	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	中標津町国民健康保険 【番号：1234567】 □後期高齢者医療保険 □その他の保険	⑨ 組勘・貯金	
月 日 時～時		〒		H・S・T ・		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	中標津町国民健康保険 【番号： □後期高齢者医療保険 □その他の保険	組勘・貯金	
月 日 時～時		〒		H・S・T ・		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	中標津町国民健康保険 【番号： □後期高齢者医療保険 □その他の保険	組勘・貯金	
月 日 時～時		〒		H・S・T ・		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	中標津町国民健康保険 【番号： □後期高齢者医療保険 □その他の保険	組勘・貯金	
月 日 時～時		〒		H・S・T ・		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	中標津町国民健康保険 【番号： □後期高齢者医療保険 □その他の保険	組勘・貯金	