

大腸がん検査申込み書

- 被保険者証の
記号・番号 税国

--	--	--	--	--	--	--	--

 (注)
- 住 所 〒
- フリガナ
氏 名
- 生年月日
- 性 別 男 ・ 女
- 電話番号

(注)被保険者証の番号(8桁)をご記入ください

※申込み先：(郵送) 〒597-0081
大阪府貝塚市麻生中907-1
(医) 厚生会 厚生会クリニック 税理士国保係
TEL:072-420-1137

(FAX) 072-420-1109