

## 肺がん検査申込み書

● 被保険者証の  
記号・番号

税国

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

● 住 所

〒

● フリガナ  
氏 名

● 生年月日

● 性 別                    男 ・ 女

● 電話番号

※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