

## 膀胱がん検査申込み書

- 被保険者  
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) お手持ちの被保険者証、資格確認書、資格情報のお知らせのいずれかに記載の番号(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