

## 子宮頸がん検査申込み書

● 税理士国保  
被保険者番号 (税国番号) 税国 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (注)

● 住 所 〒

● 生年月日

● フリガナ  
氏 名

● 性 別                      男                      ・                      女

● 電話番号

(注) お手持ちの資格確認書、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