

④ 郵送検診 FAX申込書 (大腸がん・子宮頸がん)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

年 月 日

2025年6月30日までに

FAX送信してください。

被保険者証記号 番号

被保険者氏名

受 診 対 象 者	フリガナ		生年月日	S H	年	月	日
	申込者 氏名		年 齢	令和8(2026)年3月31日到達年齢 歳			
続柄・性別	家族	男 女	連絡先 電話番号	自宅 携帯 勤務先	-	-	
住 所	〒 -						
希望する 検 診	大腸がん		.	子宮頸がん			

被保険者 の会社名	所 部 署 属 名
--------------	-----------------------

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。