

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
	申込者名			年齢	令和8(2026)年3月31日到達年齢			
	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 属 部 署 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。