

受付番号

☆申込対象者☆

全組合員と
20歳以上の家族

平成30年度 郵送検査申込書

☆申込期限☆

9月末まで

検査キットの送付先が同じで、かつ、検査料を一括で振り込む方を一緒にご記入ください。

代表 申込者 ①	フリガナ 氏名	記号	番号	-	種別	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>					
	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> (満 歳)	申込	大腸 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>	子宮 <input type="checkbox"/>	前立腺 <input type="checkbox"/>	計	<input type="text"/>	項目	<input type="text"/>	円
申込者 ②	フリガナ 氏名	記号	番号	-	種別	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>					
	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> (満 歳)	申込	大腸 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>	子宮 <input type="checkbox"/>	前立腺 <input type="checkbox"/>	計	<input type="text"/>	項目	<input type="text"/>	円
申込者 ③	フリガナ 氏名	記号	番号	-	種別	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>					
	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> (満 歳)	申込	大腸 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>	子宮 <input type="checkbox"/>	前立腺 <input type="checkbox"/>	計	<input type="text"/>	項目	<input type="text"/>	円
申込者 ④	フリガナ 氏名	記号	番号	-	種別	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>					
	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> (満 歳)	申込	大腸 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>	子宮 <input type="checkbox"/>	前立腺 <input type="checkbox"/>	計	<input type="text"/>	項目	<input type="text"/>	円
申込者 ⑤	フリガナ 氏名	記号	番号	-	種別	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>					
	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> (満 歳)	申込	大腸 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>	子宮 <input type="checkbox"/>	前立腺 <input type="checkbox"/>	計	<input type="text"/>	項目	<input type="text"/>	円
送付先	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>										お振込金額	500円 × <input type="text"/> 項目
	連絡先電話番号 () 携帯 ()											<input type="text"/> 円
※代表申込者が平日9時~17時に連絡がとれる番号をご記入ください。												

【お願い】

- 1 楷書で濃く丁寧に記入ください。(文字がうすいとFAX送信の際、読み取れません。)
- 2 申込書は、検体送付先が同一であり、また検査料を一括してお振込みになる方を一緒にご記入ください。(振込用紙は申込書ごと1枚)
- 3 記号・番号は、申込者それぞれの被保険者証の記号番号をご記入ください。
- 4 男女、組合員・家族、受診項目、種別など の箇所は、該当箇所にチェック を記入してください。
- 5 申込期日は、9月末日までです。(10月以降は受付できませんので、お早めにご送付ください。)
- 6 申込書を組合へ送付後、(株)パトラボから、ゆうちょ銀行専用の振込用紙が届きます。(振込手数料無料) 万が一、振込用紙の金額に誤りがある時は、自分で訂正せず組合へご連絡ください。(048-827-0081)
- 7 検査料は、一度お振込になったものについては、いかなる理由があっても、返金できませんのでご了承ください。
- 8 検査内容や検体採取の方法等は、直接、検査委託機関である(株)パトラボにお問い合わせください。(株)パトラボ 03-5702-7151)

送付先

FAX 048-827-0082

郵送

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県国民健康センター4階

埼玉県薬剤師国民健康保険組合