医療法人　厚生会　厚生会クリニック　税理士国保係　御中

大腸がん検査申込み書

● 税理士国保
被保険者番号　税国
（税国番号）

（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