

# C 型 肝 炎 検 査 実 施 申 込 書

(サニーピアクリニック専用)

令和 7 年 9 月 1 2 日

サニーピア健康保険組合 御中

事 業 所 名 〇〇株式会社

担 当 者 名 神戸 一朗

受付番号	～
------	---

サニーピアクリニックでのC型肝炎検査を下記のとおり申し込みます。

検査を受けるのは、令和 7 年度です。

被 保 険 者		被 扶 養 者	
被保険者等 番号	氏 名	被保険者等 番号	氏 名
12345	健保 太郎	21435	左仁井 花子
合計	1 名	合計	1 名

※ 4 0 才以上の被保険者・被扶養者が対象です。