

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 12 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

※40才以上の被保険者・被扶養者が対象です。