

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 年 月 日

サニーピア健康保険組合 御中

事業所名 _____

担当者名 _____

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 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
合計	名	合計	名

※40才以上の被保険者・被扶養者が対象です。

※申込時に一部負担金は不要です。

検査実施後に当組合から請求書を事業所あて送付いたします。