

# 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 8年 4月 10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 一郎

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 8 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
21333	組合 大輔		
合計	2名	合計	1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。