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	
保険証番号	氏 名	保険証番号	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。