Ｃ 型 肝 炎 検 査 実 施 申 込 書

（サニーピアクリニック専用）

６年　９月　３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　　東京　次郎

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　６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
123456	健保　太郎	654321	神戸　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。

2025年3月1日改定