(別紙)

４０～６４歳の方はこちらも提出してください。（第２号被保険者）

※下記の特定疾病に該当するか主治医に確認の上、該当疾病をチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | をうしょう |
|  |  |
|  | における |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 、および |
|  |  |
|  | 、および |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | のまたはにを |
|  | がん |

※医療保険証の写しを貼付してください。（別添でも結構です。）

貼付欄