

FAX : 0 5 2 - 9 3 0 - 8 0 6 1

オプションの記入例が巡回健診のご案内と異なります。ご注意ください

コスモエネルギーグループ健康保険組合

保険証の記号－番号	被保険者氏名

保険証の記号－番号	受診者氏名（１８歳以上被扶養者）	続柄（妻、母、長女等）	生年月日（西暦）
			年 月 日生
			年 月 日生
			年 月 日生

郵便番号	受診者の住所（問診票を送付いたしますので、必ず記入お願いします。）	
電話番号		

	会場No.	健診日	受診希望会場名
第1希望			
第2希望			
第3希望			

項目名		自己負担額	受診希望記入欄
肝炎検査（Ｂ型・Ｃ型）		2, 0 9 6 円	
アレルギー検査(ｽｷﾞ・ﾋﾔﾐｷ・ﾌﾞﾀﾅﾅ)		2, 9 7 0 円	
甲状腺検査		2, 1 7 8 円	
ペプシノーゲン検査		2, 0 9 6 円	
ピロリ菌抗体検査		2, 2 0 0 円	
関節リウマチ検査（MMP-3）		1, 6 5 0 円	
シスタチンC検査		1, 9 8 0 円	
腫瘍マーカー	A F P：肝臓	1, 6 5 0 円	
	C E A：消化器	1, 6 5 0 円	
	C A 125+H E 4：卵巣がん	4, 4 0 0 円	
	C A 1 9-9：膵臓, 胆道	2, 2 0 0 円	
	S C C：扁平上皮がん	1, 6 5 0 円	
N T－p r o B N P検査		2, 2 0 0 円	
エクオール検査		4, 7 8 5 円	

※ 被保険者の住所データしかなく案内送付も被保険者住所となりますので、単身赴任者などの場合には、別居されている被扶養者宛には巡回健診案内が届かないことが考えられます。このため、健診該当エリアの被扶養者であって巡回健診案内が届かない方で受診申込をされる方は、本申込書にて指定のFAX番号へ送信をお願いいたします。

※ 上記の個人情報等は、巡回健診の受診以外の目的には利用しません。