

## コスモエネルギーグループ健康保険組合「在宅血液検査」申込書



Web

https://zaitaku-kensa.com/form/464/641a6bf43114c

上記のURL、または右のQRコードからアクセスしてお申込みください。



FAX

郵送

03-3549-0830 (送信面をご確認ください)

この申込書に必要事項をご記入のうえ、郵便またはFAXにてご送付ください。

## 注意事項

- 「無料検査」は「被保険者」及び「巡回健診、指定病院・自治体健診を受けた方」は、受診できません。
- お申込みは、一世帯2名までです。
- お申込み後、4週間を過ぎて検査キットが届かない場合は、下記までご連絡ください。
- 検査キット到着後は、速やかに検査を行なってください。
- 「自己負担検査」の場合は、お届けの際に払込用紙が同封されていますので、到着後10日以内に郵便局よりお支払いください。
- 次の方はお申込みをご遠慮ください。
  - ・止血能力の低下している方(ワーファリン等の薬剤を服用の方)
  - ・アレルギーショックのある方(アルコール消毒に対してアレルギー症状のある方)

受付業務委託先：株式会社 サンプリ Tel.03-3549-0810 10:00~17:00 (土・日・祝日・夏期休業日・年末年始は除く)

谷折り2

申込締切：令和6年 2月29日(木) 到着分

※お申込み後のキャンセル・返金はできませんので、あらかじめご了承ください。

|     |       |
|-----|-------|
| 記入日 |       |
| 西暦  | 年 月 日 |

|      |      |  |    |    |
|------|------|--|----|----|
| 被保険者 | フリガナ |  | 記号 | 番号 |
|      | 氏名   |  |    |    |
|      | 保険証  |  |    |    |

※一世帯で2名お申込みの場合は、恐れ入りますがこの用紙をコピーして、あるいはWebからお申込みください。

|               |                                                                                               |      |       |            |          |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|----------|
| 受診者           | 該当に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。                                            |      |       |            |          |
|               | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 |      |       |            |          |
|               | フリガナ                                                                                          | 性別   | 年齢    | 生年月日       |          |
|               | 氏名                                                                                            | 男・女  | 歳     | 昭和<br>平成   | 年 月 日    |
|               | 検査<br>キット<br>送付先                                                                              | 郵便番号 | フリガナ→ | 都・道<br>府・県 | 電話<br>番号 |
|               | フリガナ→                                                                                         |      |       |            |          |
| 都道府県<br>以降の住所 |                                                                                               |      |       |            |          |
| フリガナ※         |                                                                                               |      |       |            |          |
| メールアドレス       |                                                                                               |      |       |            |          |

※ハイフン「-」、アンダーバー「\_」や間違えやすい文字にはフリガナをご記入ください。

谷折り1

|      |          |                                                                     |                                     |                                     |
|------|----------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 検査内容 | 申込<br>検査 | 下記の検査項目から選び、お申込みの検査に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 |                                     |                                     |
|      |          | ① 無料検査                                                              | 生活習慣病検査 (糖尿病・慢性腎臓病)                 | 全額健保負担 <input type="checkbox"/>     |
|      |          | ② 自己負担検査                                                            | 男女別がんリスク検査 (細胞のがん化を確かめる検査)          | 自己負担1,500円 <input type="checkbox"/> |
|      |          | 胃がんリスクABC分類検査 (ピロリ菌検査)                                              | 自己負担1,500円 <input type="checkbox"/> |                                     |
|      |          | 対象者 被扶養者 任意継続被保険者 ※被保険者および巡回健診、指定病院・自治体健診を受けた方は、受診できません。            |                                     |                                     |
|      |          | 対象者 被保険者 被扶養者 任意継続被保険者                                              |                                     |                                     |

どちらか  
一つを選択

FAX送信先 03-3549-0830 「在宅血液検査」受付係

- 上記の申込書に記載の組合員の個人情報は、本検査の実施、結果集計および事後指導以外の目的には使用いたしません。
- また、申込書を提出された方は、これに同意しているものとして取扱います。

コスモエネルギーグループ健康保険組合

1048790

627

(受取人)

東京都中央区銀座3丁目11番18号 真帆ビル9階  
株式会社サンプリ 内

## 自宅でもえる健康診査 受付係 行

料金受取人払郵便

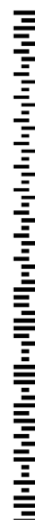
銀座局  
承認

1238

差出有効期間  
2025年 3月  
31日まで

●切手不要●

申込期限厳守



コスモエネルギーグループ健康保険組合

### 【郵送の際のご注意】

郵送中に剥がれないように、しっかりと糊で貼り付けてください。

ホチキス・クリップ等は使用しないでください。

※正しい体裁でないと郵便局で受け付けできない場合があります。

のりしろ2  
山折り

### 封筒の作り方



必要事項を記入する



谷折り1

のりしろ1のりを付けて  
谷折り1で谷折りする



谷折り2

のりしろ2のりを付けて  
谷折り2で谷折りする



ポストに投函  
(切手不要)