

FAX 03-5579-8401 (24時間受付)

FAX番号、送信面をご確認ください



在宅血液検査申込書

Webでお申込みの方は

<http://www.sunpre.co.jp/cosmo-oil/>

「申し込みフォーム」からお申し込みください。(右のQRコードからもアクセスできます)



*携帯電話、スマートフォンの機種によっては、アクセスできない場合がございますのでご了承ください。

申込締切：平成27年2月27日(金)到着分

記入日

平成 年 月 日

※お申し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。

被保険者	フリガナ		記号	番号
	氏名			

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

受診者	該当	該当に○印を付けてください。			
		☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 任意継続被保険者			
	フリガナ				
	氏名	性別	年齢	生年月日	
		男・女	歳	昭和 平成	年 月 日
	検査 キット 送付先	郵便番号	フリガナ	都・道 府・県	電話番号
	フリガナ				

※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。

検査内容	申込 検査	下記の検査項目から選び、お申し込みの検査に○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	☐
			対象者 被扶養者 任意継続被保険者 ※巡回検診、指定病院・自治体健診を受けた方は、受診できません。		
		② 自己負担検査 (どちらか一つ選択)	早期がんリスク検査 (細胞のがん化を確かめる検査)	自己負担1,500円	☐

- 注意
- 検査キット到着後は、速やかに検査を行ってください。
 - お申し込み後、4週間を過ぎて検査キットが届かない場合は、(株)サンプリまでご連絡ください。
 - お申し込みは、一世帯2名までです。ただし、「無料検査」については、巡回検診、指定病院・自治体健診を受けた方、および被保険者は、受診できません。



お申し込み先：(株)サンプリ 在宅血液検査受付係 Fax. 03-5579-8401

上記の申込書に記載の組合員の個人情報、本検査の実施、結果集計及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り扱います。

コスモ石油健康保険組合