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		保険証	記号	番号
氏 名				

※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	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		性 別	年 齢	生 年 月 日	
氏 名		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	ー　ー	
フリガナ→ 都道府県以降の住所					
フリガナ※ メールアドレス					

谷折り1

※ハイフン「ー」、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	※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。		
	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	☐
		胃がんリスクABC分類検査（ピロリ菌検査）	自己負担1,500円	☐
	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

のりしろ1
のりしろ1
のりしろ1

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

1 0 4 - 8 7 9 0

6 2 7

（受取人）

東京都中央区銀座3丁目11番18号　眞帆ビル9階

株式会社サンプリ　内

自宅でできる健康診査　受付係　行

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

のりしろ1にのりを付けて
谷折り1で谷折りする

のりしろ2にのりを付けて
谷折り2で谷折りする

ポストに投函
（切手不要）

のりしろ2