

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/627/6982b366206cd>

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) ↑

この申込書に必要な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

- 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。
- 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。
- 検査キットに同封されて払込用紙が届きますので、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9年 2月28日(日) 到着分

記入日
西暦
年 月 日

被保険者	フリガナ	健康保険の記号・番号	記号	番号
	氏名			

※記号・番号は、マイナポータル、資格確認書、資格情報のお知らせのいずれかでご確認ください。

対象者 20歳以上の被保険者、被扶養者、任意継続被保険者

※ご家族でお申込みの場合は、お一人ずつ申込書をご準備ください。あるいはWebからお申込みください。

受診者	該当	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 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 [必須]
	フリガナ	都道府県以降の住所			
	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	申込検査	ご希望する検査に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 各検査は、年度内にそれぞれ1回までお申込みいただけます。		
	① 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"/>	
	② 胃がんリスクABC分類検査 (ピロリ菌感染や胃壁の状態を確かめる検査)	自己負担1,500円	<input type="checkbox"/>	

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、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

のりしろ1

1048790

627

(受取人)

東京都中央区銀座3丁目1番18号 真帆ビル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

料金受取人払郵便



差出有効期間
2027年3月
31日まで

●切手不要●

申込期限厳守

【プリントの際のご注意】

- A4サイズの白色用紙にプリントしてください
- 拡大・縮小等サイズ変更はしないでください
- 必ず「両面プリント」してください

【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にのりを付けて
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)

6
2
3
1
0

2
3
1
0