

[35・40歳 胃がんリスクABC検査] 申込書



Web

... <https://zaitaku-kensa.com/form/516/65dc51981c0fd>

上記のURL、または右のQRコードからアクセスしてお申し込みください。



この申込書に必要事項を記入してFAXにてご送付ください。

申込締切

2025年

3月7日(金)

到着分まで



FAX

... 03-3549-0830 (24時間受付/送信面にご注意ください)

受診
対象者

① 35歳または40歳の被保険者(本人)

② 35歳または40歳の被扶養者(家族)

●2025年3月31日時点の年齢です
35歳:平成元年4月1日~平成2年3月31日生まれ
40歳:昭和59年4月1日~昭和60年3月31日生まれ

採血当日に当組合の資格がある方

●お申込みにつきましては健保組合のホームページをよくご確認ください。

検査結果が「B群、C群、D群の場合」は、
原則医療機関を受診することが助成条件となります。

自己
負担金

0円 (全額健保組合負担)

●通常検査費用 9,900円(税込み)

記入日

西暦

年

月

日

太枠内は
必ず
ご記入
ください

保険証	記号	番号 (枝番不要)
-----	----	-----------

該当に ○をつけて ください	被保険者(本人)
	被扶養者(家族)

●「06040133」は保険証記号・番号ではありませんのでご注意ください。

フリガナ	性別	年齢	35歳	生年月日
氏名	男・女	該当の年齢に ○をつけてください	40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				
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。

注意
事項

- お申込み後のキャンセルはできませんので、内容をよくご確認ください。
- 資格喪失予定の方は、お早めにお申し込みください。採血日が資格喪失日以降の場合は検査費用全額(約1万円)を負担していただきます。
- 検査キットをご利用いただかない場合(検査キットの廃棄による未受診など)や対象外の方(当組合の保険証を持っていない・資格を喪失したなど)の受診が判明した場合は、検査費用全額(約1万円)を負担していただきます。
- これまでに「胃がんリスク検査」を受診された方は、お申込みいただけません。
- 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)
- ご家族で申込ご希望の場合はそれぞれWEBまたはFAXでお申込ください。

男女別のがんリスク検査は「郵送がん検診」にてお申込みを受付けております。
ご希望の方は健康保険組合のホームページをご確認いただき、別途お申し込みください。

FAX送信先: 03-3549-0830 東北電力健康保険組合「35・40歳 胃がんリスクABC検査」受付係

●お客様の個人情報は、「35・40歳胃がんリスクABC検査」以外の目的で使用することはありません