

東北電力健康保険組合「郵送がん検診」申込書

Web <https://zaitaku-kensa.com/form/515/65dc50bdcdae2>

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 ... FAX番号 **03-3549-0830** (送信面をご確認ください)

この申込書をカッターなどで切り離し、必要事項を記入して郵送またはFAXにてご送付ください。

●2024年度「郵送がん検診」のご案内／実施要項の「注意事項」をよくご覧の上お申込みください
記載の通り、検査キットのご利用がない場合や対象外の方の受診が判明した場合等の際は、
検査費用全額(約1万円)を負担していただきます。

35歳と40歳の方に無料検査!

これまでに「胃がんリスク検査」を受診していない35歳と40歳(2025年3月31日時点)の方は無料で「胃がんリスク検査」を受診いただけます。当組合ホームページよりお申込みください。

申込締切日

2025年3月7日(金)到着分

保険証記号	番号	(枝番不要)
-------	----	--------

記入日
西暦 年 月 日

被保険者 30歳以上	フリガナ	年齢	性別	ご希望の検査 (○をつけてください) (複数の検査申込みも可)	①男女別・がんリスク検査	自己負担金 1検査につき ¥2,000
	氏名	歳	男・女		②胃がんリスクABC検査	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	電話番号	郵便番号	
	検査キット 送付先	フリガナ				
					都・道 府・県	
	フリガナ					
なるべく ご記入ください	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。

被扶養者1 30歳以上	フリガナ	年齢	性別	ご希望の検査 (○をつけてください) (複数の検査申込みも可)	①男女別・がんリスク検査	自己負担金 1検査につき ¥2,000
	氏名	歳	男・女		②胃がんリスクABC検査	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	電話番号	郵便番号	
	検査キット 送付先	フリガナ				
					都・道 府・県	
	フリガナ					
送付先が上記 申込者と異なる 場合のみ記入	メール※ アドレス					
なるべく ご記入ください						

※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。

被扶養者2 30歳以上	フリガナ	年齢	性別	ご希望の検査 (○をつけてください) (複数の検査申込みも可)	①男女別・がんリスク検査	自己負担金 1検査につき ¥2,000
	氏名	歳	男・女		②胃がんリスクABC検査	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	電話番号	郵便番号	
	検査キット 送付先	フリガナ				
					都・道 府・県	
	フリガナ					
送付先が上記 申込者と異なる 場合のみ記入	メール※ アドレス					
なるべく ご記入ください						

※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。

FAX送信先: **03-3549-0830** 東北電力健康保険組合「郵送がん検診」受付係

●お客様の個人情報は、「郵送がん検診」以外の目的で使用することはありません