

# 胃がんリスク層別化[ABC]検査(郵送) 申込書



FAX

《FAX送信先》(送信面をご確認ください)

胃がんリスク層別化[ABC]検査(郵送) 受付係 03-3549-0830

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。

注意事項

- 受診は当該年度内1回限りで、人間ドックおよび婦人科健診の助成制度との併用はできません。  
人間ドックや婦人科健診において、本検査と同等のオプション検査が未受診であっても、本検査の対象外となります。
- 対象外の方の受診や重複受診が発覚した場合は、健保補助額の全額を返金していただきます。
- お申し込みされた時点で手続きが始まり、自己負担金払込用紙が送付されます。
- ご入金後のキャンセル・返金はできませんので、あらかじめご了承ください。

検査名 胃がんリスク層別化[ABC]検査(郵送) 自己負担金 1,000円(税込)

申込締切

令和7年 2月28日(金) 到着分

保険証記号	番号	記入日
6148		令和 年 月 日

検査をされる方の該当と、確認事項に ✓印を付けてください。					
該 当	<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) <input type="checkbox"/> 任意継続(被扶養者)				
確認事項	<input type="checkbox"/> 令和6年度に、人間ドックおよび婦人科健診の助成制度は利用しない(していない)ことを確認のうえ申し込みます				
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 フリガナ→	郵便番号	都道府県名→	都・道 府・県	電話 番号	- -
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。

検査をされる方の該当と、確認事項に ✓印を付けてください。					
該 当	<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) <input type="checkbox"/> 任意継続(被扶養者)				
確認事項	<input type="checkbox"/> 令和6年度に、人間ドックおよび婦人科健診の助成制度は利用しない(していない)ことを確認のうえ申し込みます				
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 フリガナ→	郵便番号	都道府県名→	都・道 府・県	電話 番号	- -
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。

●健康保険組合は検査結果を健康増進事業に利用します。

関西電力健康保険組合