

1 0 4 8 7 9 0

6 2 7

(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

自宅でもできる健康診査 受付係 行

関西電力健康保険組合

料金受取人払郵便

銀座局
承認
4510

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】

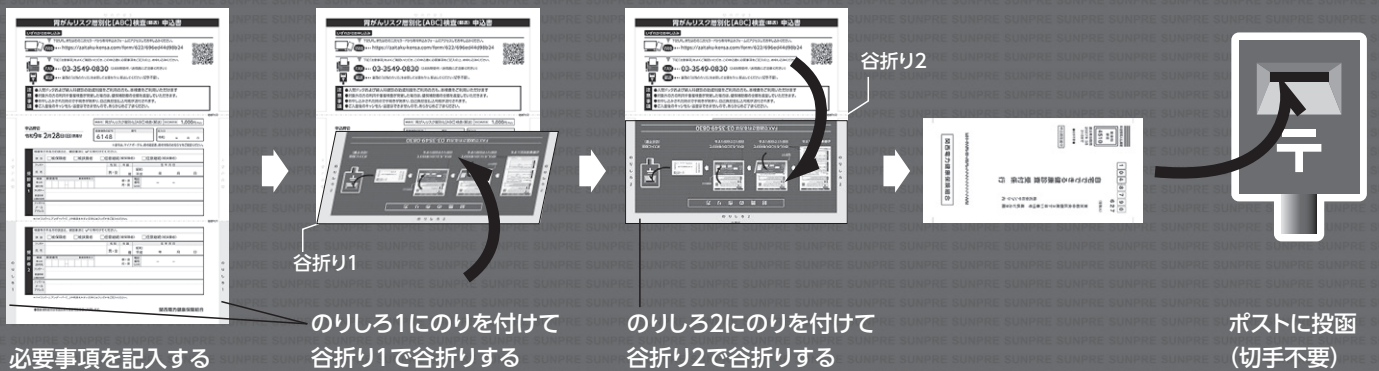
- 郵送中に剥がれないように、しっかりと糊で貼り付けてください
- ホチキス・クリップ等は使用しないでください

※正しい体裁でないとき郵便局で受け付けできない場合があります

山折

のりしろ2

封筒の作り方



FAXで送信される方は 03-3549-0830

2
2
1
1
0

2
2
1
1
0

胃がんリスク層別化[ABC]検査(郵送) 申込書

いずれかでお申し込み

下記URL、または右の二次元コードから専用申込みフォームにアクセスしてお申し込みください。



Web ... <https://zaitaku-kensa.com/form/622/696ed44d98b24>



下記「注意事項」をよくご確認ください、この申込書に必要な事項をご記入の上、お申し込みください。



FAX ... 03-3549-0830 (24時間受付/送信面にご注意ください)



郵送 ... 裏面の「封筒の作り方」を参照して封書を作り、郵送してください(切手不要)。

注
意
事
項

- 人間ドックおよび婦人科健診の助成制度をご利用の方も、本検査をご利用いただけます
- 対象外の方の利用や重複検査が発覚した場合は、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。

谷折り2

申込締切

令和9年 2月28日(日)到着分

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)

健康保険の記号	番号	記入日
6148		令和 年 月 日

※番号は、マイナポータル、資格確認書、資格情報のお知らせをご確認ください。

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)
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	都道府県名→	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)
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	都道府県名→	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。

●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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
0

1
2
3
4
5
6
7
8
9
0

の
り
し
ろ
1

の
り
し
ろ
1