

在宅健康チェックサービス申込書

お申し込み先

在宅健康チェック
サービス受付係



FAX

088-847-7466

送信面を
ご確認ください



Web

<http://demecal-kensakit.kenkousenka.jp/ua-form/>

UAゼンセン在宅健康チェックサービス

検索

QRコードからもアクセスできます。

注意事項

- お申し込みは期間中お1人様2キットまで(2018年5月~2019年2月末)
- お申し込み後のキャンセル・返金はできませんので、内容をよくご確認ください。
- お申し込みされた時点で個人負担金が発生いたします。
- ご入金後2週間過ぎても検査キットが届かない場合は上記「在宅健康チェックサービス受付係」までご連絡ください。(年末年始のお申し込みは、発送まで上記以上にかかる場合がございます。ご了承ください。)

申込受付期間

**2018年5月~
2019年2月末**

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、本紙をコピーしてご利用ください。

赤枠内は必ずご記入ください。

記入日	年 月 日	組合名	支部分会名	支部分会
-----	-------	-----	-------	------

対象者 検査を希望される方に○をつけてください (組合員・配偶者・その他家族)	共済加入者番号 ※1または0から始まる10桁の数字	フリガナ				
	生年月日 (昭和/平成) 年 月 日	氏名	年齢 歳	性別 男・女	検査番号 ① ② ③ ④ ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)	
	検査キット送付先 〒 - フリガナ (都・道・府・県)					
	電話番号 - -	フリガナ メールアドレス				

↑なるべくご記入ください

対象者 検査を希望される方に○をつけてください (組合員・配偶者・その他家族)	共済加入者番号 ※1または0から始まる10桁の数字	フリガナ				
	生年月日 (昭和/平成) 年 月 日	氏名	年齢 歳	性別 男・女	検査番号 ① ② ③ ④ ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)	
	検査キット送付先 〒 - フリガナ (都・道・府・県)					
	電話番号 - -	フリガナ メールアドレス				

↑なるべくご記入ください

対象者 検査を希望される方に○をつけてください (組合員・配偶者・その他家族)	共済加入者番号 ※1または0から始まる10桁の数字	フリガナ				
	生年月日 (昭和/平成) 年 月 日	氏名	年齢 歳	性別 男・女	検査番号 ① ② ③ ④ ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)	
	検査キット送付先 〒 - フリガナ (都・道・府・県)					
	電話番号 - -	フリガナ メールアドレス				

↑なるべくご記入ください

●記載いただいた個人情報は、在宅健康チェックサービス以外の目的で使用することはありません。また、お申し込みいただいた方は、これに同意しているものとして取り扱いたします。

在宅健康チェックサービス申込書記入例

在宅健康チェックサービス申込書

お申し込み先 **FAX 088-847-7466** 送信面をご確認ください

Web <http://demecal-kensakit.kenkousenka.jp/ua-form/>

UAゼンセン在宅健康チェックサービス 検索 QRコードからもアクセスできます。

注意事項

- お申し込みは期間中お1人様2キットまで(2018年5月1日～2019年2月末)
- お申し込み後のキャンセル・返金はできませんので、内容をよくご確認ください。
- お申し込みされた時点で個人負担金が発生いたします。
- ご入金後2週間過ぎても検査キットが届かない場合は上記「在宅健康チェックサービス受付係」までご連絡ください。(年末年始のお申し込みは、発送まで上記以上にかかる場合がございます。ご了承ください。)

申込受付期間 **2018年5月～2019年2月末**

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、本紙をコピーしてご利用ください。

赤枠内は必ずご記入ください。

記入日	2018年5月3日	組合名	市ヶ谷繊維	支部分会名	東京
対象者	共済加入者番号	フリガナ	氏名	検査番号	
検査を希望される方に○をつけてください	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	キョウサイ ハナコ	共済 花子	① ② ③ ④	
◎組合員	生年月日	年齢	性別	検査番号	
◎配偶者	昭和 平成 54年8月6日	38歳	男 女	① ② ③ ④	
◎その他家族	〒102-0074	フリガナ	ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)		
		トウキョウトキヨダククダンミナミ4-8-16			
		東京 千代田区九段南4-8-16			
	電話番号	フリガナ			
	03-3288-3533	オー アンダーバー オー			
		メールアドレス			
		kyosai-hanako@uazensen.com			

対象者	共済加入者番号	フリガナ	氏名	検査番号	
検査を希望される方に○をつけてください	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	キョウサイ イチロウ	共済 一郎	① ② ③ ④	
◎組合員	生年月日	年齢	性別	検査番号	
◎配偶者	昭和 平成 24年5月1日	68歳	男 女	① ② ③ ④	
◎その他家族	〒 -	フリガナ	ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)		
		同上			
	電話番号	フリガナ			
	- 同上 -	メールアドレス			

対象者	共済加入者番号	フリガナ	氏名	検査番号	
検査を希望される方に○をつけてください	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			① ② ③ ④	
◎組合員	生年月日	年齢	性別	検査番号	
◎配偶者	昭和 平成 年 月 日	歳	男 女	① ② ③ ④	
◎その他家族	〒 -	フリガナ	ご希望の検査に○をつけてください (期間内最大2検査まで)		
	電話番号	フリガナ			
	- -	メールアドレス			

●記載いただいた個人情報は、在宅健康チェックサービス以外の目的で使用することはありません。また、お申し込みいただいた方は、これに同意しているものとして取扱いたします。

UAゼンセン生活応援・共済事業局

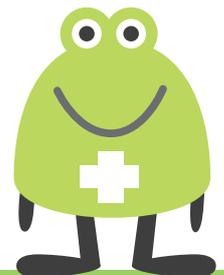
該当するものに○をつけてください。

必ずご記入ください。(記入がない場合には、ワンコイン対象外となる場合があります。ご注意ください。)
共済加入者番号は加入者証に記載がある1または0から始まる10ケタの番号です。

複数の検査のお申し込みも可能です。(保障期間内2検査まで。)

- 建物名・部屋番号等もご記入ください。
- 2人以上の同時お申し込みで、1人目と送付先が同一の場合は記入不要です。

- メールアドレスをお持ちの方は、なるべくご記入ください。
- 「- (ハイフン)」、「_ (アンダーバー)」、「0 (ゼロ)」、「O (オー)」など、間違えやすい文字にはフリガナをご記入ください。



共済事業局からのお願い

- 今後の在宅健康チェックサービスに役立てるために、委託機関や共済事務局より、在宅健康チェックサービスについてのアンケートなどをさせていただく場合がございますので、ご協力をお願いいたします。
- ご入金確認が取れない場合、検体の返送確認が取れない場合は、委託機関より、個人負担金の催促や検査の勧奨などをさせていただく場合がありますので、ご了承ください。