

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1キットまで(2021年5月~2022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「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

2021年5月~
2022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
	番号に不備がある場合は申込受付できません。	氏名
	ご希望の検査番号 ※1人1検査までとなります。	1 男性向けがんリスク 2 女性向けがんリスク 3 胃がんリスク層別化検査 4 B・C肝炎
	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	〒 - フリガナ 都・道 府・県 電話番号 (日中連絡がとれる番号)

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
	番号に不備がある場合は申込受付できません。	氏名
	ご希望の検査番号 ※1人1検査までとなります。	1 男性向けがんリスク 2 女性向けがんリスク 3 胃がんリスク層別化検査 4 B・C肝炎
	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	〒 - フリガナ 都・道 府・県 電話番号 (日中連絡がとれる番号)

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
	番号に不備がある場合は申込受付できません。	氏名
	ご希望の検査番号 ※1人1検査までとなります。	1 男性向けがんリスク 2 女性向けがんリスク 3 胃がんリスク層別化検査 4 B・C肝炎
	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	〒 - フリガナ 都・道 府・県 電話番号 (日中連絡がとれる番号)

●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

該当するものに○をつけてください。

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1キットまで(2021年5月～2022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 **2021年5月～2022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。

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。

記入日 **2021年5月3日** 組合名 **市ヶ谷繊維** 支部分会名 **東京** 支部分会

対象者	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	キョウサイ ハナコ
検査を希望される方に○をつけてください	番号に不備がある場合は申込受付できません。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	氏名	共済 花子
<input checked="" type="radio"/> 組合員	ご希望の検査番号	※1人1検査までとなります。		
<input type="radio"/> 配偶者	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	1 男性向けがんリスク <input checked="" type="radio"/> 2 女性向けがんリスク <input type="radio"/> 3 胃がん・リスク個別化検査 <input type="radio"/> 4 B・C型肝炎 <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> その他家族	検査キット送付先(振込用紙もこちらに送付されます)	〒102-0074 東京都千代田区九段南4-8-16		
	加入者証住所と送付先が異なる場合のみ記入してください	東京 <input checked="" type="radio"/> 千代田区九段南4-8-16		
	電話番号(日中連絡がとれる番号)	03 - 3288 - 3533		

●加入者証住所と送付先が異なる場合のみご記入ください。

●建物名・部屋番号等もご記入ください。

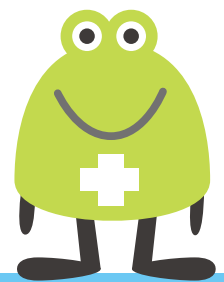
●2人以上の同時お申し込みで、1人目と送付先が同一の場合は記入不要です。

対象者	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	キョウサイ イチロウ
検査を希望される方に○をつけてください	番号に不備がある場合は申込受付できません。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	氏名	共済 一郎
<input type="radio"/> 組合員	ご希望の検査番号	※1人1検査までとなります。		
<input checked="" type="radio"/> 配偶者	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	1 男性向けがんリスク <input checked="" type="radio"/> 2 女性向けがんリスク <input type="radio"/> 3 胃がん・リスク個別化検査 <input type="radio"/> 4 B・C型肝炎 <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> その他家族	検査キット送付先(振込用紙もこちらに送付されます)	〒 - フリガナ		
	加入者証住所と送付先が異なる場合のみ記入してください	同上		
	電話番号(日中連絡がとれる番号)	- 同上 -		

対象者	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	
検査を希望される方に○をつけてください	番号に不備がある場合は申込受付できません。		氏名	
<input type="radio"/> 組合員	ご希望の検査番号	※1人1検査までとなります。		
<input type="radio"/> 配偶者	申込後のキット変更やキャンセルはできません。	1 男性向けがんリスク <input type="radio"/> 2 女性向けがんリスク <input type="radio"/> 3 胃がん・リスク個別化検査 <input type="radio"/> 4 B・C型肝炎 <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> その他家族	検査キット送付先(振込用紙もこちらに送付されます)	〒 - フリガナ		
	加入者証住所と送付先が異なる場合のみ記入してください			
	電話番号(日中連絡がとれる番号)	- -		

●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ゼンセン共済事業局



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。