

# 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

<https://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

二次元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(2023年5月~2024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

2023年5月~  
2024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。

下記お申込書は医療共済加入者専用です。フレッシュパック加入者は専用WEBページよりお申し込みください。

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

<b>対象者</b> 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	<b>共済加入者番号</b> ※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	
	<b>ご希望の検査番号</b> 申込後のキット変更や キャンセルはできません。	※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	
	<b>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</b>	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 都・道 府・県 電話番号 (日中連絡がとれる番号)	

<b>対象者</b> 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	<b>共済加入者番号</b> ※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	
	<b>ご希望の検査番号</b> 申込後のキット変更や キャンセルはできません。	※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	
	<b>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</b>	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 都・道 府・県 電話番号 (日中連絡がとれる番号)	

<b>対象者</b> 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	<b>共済加入者番号</b> ※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	
	<b>ご希望の検査番号</b> 申込後のキット変更や キャンセルはできません。	※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	
	<b>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</b>	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 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扱いたします。

UAゼンセン共済事業局