

被扶養者・任意継続被保険者用

# 無料郵送がん検診申込書

※ 郵送がん検診を希望される被扶養者及び任意継続被保険者は、本申込書を健保組合に送付してください。

〒105-0027 東京都中央区日本橋1-19-1 日本橋ダイヤビルディング10階 日本旅行健康保険組合 FAX:03-6895-8393
---

## 【 被保険者 】

(フリガナ) 氏名		保険証 記号・番号	—
会社名		電話番号	(            )
勤務箇所名			

## 【 受診者 】

(フリガナ) 氏名		生年 月日	(西暦)		1.男	2.女
続柄	1.任継本人    2.被扶養者					歳
連絡先 (書類の送付先)	TEL:            (            )	E-mail:				
	〒					

## 【 受診を希望するがん検査名 】 ※受診希望検査に○をお付け下さい。(4検査同時選択可能)

受診希望検査	検査方法	対象年齢	検査手順
大腸がん	便潜血 2日法	35歳以上	①受診希望者は郵送又はFAXで健保組合に検査申込 ②健保組合にて受診資格チェック後、検査機関に申込 ③検査機関から受診者自宅へ容器・問診票等を郵送 ④受診者は、検体採取後、問診票とともに、検査機関へ郵送 ⑤検査後、受診者自宅へ結果郵送 ※受診結果は健保組合にも通知されますのでご了承ください。 <契約検査機関名> 半田市医師会 健康管理センター <健診問合せ窓口> (株)あまの創建 TEL 0120-88-1216
胃がん	ペプシノーゲン	35歳以上	
肺がん	喀痰細胞診	35歳以上	
子宮頸がん	自己採取法	20歳以上	

## 【 注意事項 】

- ①当郵送検診は、被扶養者及び任意継続被保険者が対象です。
- ②各がん検査は1年度1回に限り受診可能ですが、自治体等のがん検査や人間ドックを受診の方は受診できません。  
(但し、配偶者が人間ドックを受けた場合で、子宮頸がんのオプション検査を受診されていない方は受診できます。)

※本書に記入いただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には使用しません。

### < 健保組合記入欄 >

受診資格チェック	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 年度内受診			
健保⇒検査機関への発注	平成	年	月	日
結果報告受付日	平成	年	月	日

健保組合受付印

	常務理事	事務長	課長		担当者
決 議					