

FAX : 03 (3355) 3018

★FAX 送信面にご注意ください

先着
1,000 名

令和 2 年
12 月 15 日
締切

胃がんリスク層別化検査 申込書

東京貨物運送健康保険組合 御中

東京貨物運送健康保険組合が実施する「胃がんリスク層別化検査」(在宅血液検査)に申込みます。

★申込締切：令和 2 年 12 月 15 日(火)までに必ず FAX にてご返信ください(健保必着)。

申込日：令和 2 年 月 日 (申込書をご記入された日)

保険証 記号・番号		記号		番号		事業所名	
被 保 険 者	フリガナ					性別(どちらかに○)	
	氏名	氏	名		男・女		
	生年月日	昭和		年	月	日生(満	歳)
	住所	〒 都・道・府・県					
	電話番号	どちらかに○をお願いします (自宅・携帯) ()					

※1~8 に該当する方は正しい判定結果が出ないので検査ができません。申込み(FAX)をしないでください。

- 1.医療機関にて、服薬によるピロリ菌の除菌治療を受けたことがある
- 2.食道、胃、十二指腸の疾患が強く疑われるような自覚症状がある
- 3.食道、胃、十二指腸の疾患で治療中である
- 4.胃酸分泌抑制薬(プロトンポンプ阻害薬)を飲んでいる、または2ヶ月以内に飲んでた
- 5.胃の切除手術を受けたことがある
- 6.腎機能障害がある(目安として、クレアチニン 3mg/dL 以上)
- 7.免疫不全・低下状態、ステロイド薬を服用中である
- 8.医療機関から血液抗凝固剤を処方されている方で、自己採血が不安な方はお申込みをご遠慮ください

お申込み(FAX)をされる前に必ずご確認ください

- ・対象者は東京貨物運送健康保険組合加入の令和 2 年度に 40 歳以上の被保険者(本人)です。
- ・当組合が組合員の健康増進策として検査費用を全額補助いたしますが、検査キットの返送がない場合は、検査キット費用として 7,500 円(税別)を請求させていただくことがあります。
- ・検査キットお申込み後のキャンセルはできませんのでご了承ください。
- ・申込者以外の他者への譲渡はできません。
- ・お申込みが 1,000 名を超えた場合は、募集を締め切らせていただきます。
検査キットが未着の場合は、定員に達したものとご理解ください。

* ご記入いただいた個人情報、申込者が所属する健保組合、委託先(生活習慣病予防研究センター)、検査元が本件に関する通知等に利用し、他の目的には使用いたしません。

【提出先・お問い合わせ先】

東京貨物運送健康保険組合 健康管理課 TEL : 03-3359-8162
健康サポートデスク TEL : 050-5358-0600 (平日 10 : 00~17 : 00)
申込書返送先 FAX : 03-3355-3018