

受付番号

郵送検診申込書

※メール・FAXでお申し込みの場合は、必要事項を記入いただき下記番号にお送りください。

メール : hanshin-exp@kinkishoji.co.jp FAX先 : 06-6931-6171

事業所名		被保険者 記号・番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		連絡先 (携帯電話番号)	
住 所 (送付先)			

※年度内1回限り。(10)(11)の総合検査以外は2項目まで申込み可能です。

項目No	検査項目名	検査料金 (税込)	健保補助 金額	自己負担 金額	受診希望項目に○印
1	糖尿病検査 定価2,200円(税込)	1,700円	1,200円	500円	受診希望
2	大腸がん便潜血検査 定価3,080円(税込)	2,400円	1,900円	500円	受診希望
3	前立腺がん検査 定価3,300円(税込)	2,600円	2,100円	500円	受診希望
4	歯周病リスク検査 定価3,300円(税込)	2,600円	2,100円	500円	受診希望
5	肺がん検査 定価3,960円(税込)	3,100円	2,100円	1,000円	受診希望
6	胃がんリスク検査 (ペプシノゲン) 定価4,400円(税込)	3,500円	2,500円	1,000円	受診希望 ※(9)との重複不可
7	メタボ+生活習慣病検査 定価4,950円(税込)	3,900円	2,900円	1,000円	受診希望
8	ピロリ菌検査(尿) 定価4,290円(税込)	4,000円	3,000円	1,000円	受診希望
9	胃がんABC分類検査 定価9,900円(税込)	8,500円	5,000円	3,500円	受診希望 ※(6)との重複不可
10	男性用がん総合検査 リスクチェック 定価12,100円(税込)	10,500円	5,000円	5,500円	受診希望 ※1項目のみ
11	女性用がん総合検査 リスクチェック 定価12,100円(税込)	10,500円	5,000円	5,500円	受診希望 ※1項目のみ
合 計					円

（郵送検診のお問い合わせ・お申し込みは「キンキ商事株式会社 健康管理サービス係」まで）

〒563-0008

大阪府大阪市城東区関目4丁目3-25

電話番号 : 06-6931-2780 / FAX : 06-6931-6171

※上記の申込書に記載の個人情報は、容器・請求書送付、検査結果報告、それに伴う統計・分析をし、翌年の受診案内の範囲に 限定されて使用されます。

※今回のお申し込みに関する個人情報をこの事業のみに使用、それ以外の目的に使用しません。