

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.shop/wp/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つまで(2026年5月~2027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

2026年5月~
2027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。

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。				検査をされる方の 氏名
ご希望の検査番号	<p>※1人1検査までとなります。</p> <p>1 男性向けがんリスク</p> <p>2 女性向けがんリスク</p> <p>3 胃がんリスク層別化検査</p> <p>4 B・C型肝炎</p> <p>5 子宮頸がんリスク</p> <p>6 女性がん子宮頸がんセット</p> <p>※女性申し込み限定 ※女性申し込み限定</p>			
申込後のキット変更や キャンセルはできません。				
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	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	
	電話番号 (日中連絡が とれる番号)	—		

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。				検査をされる方の 氏名
ご希望の検査番号	<p>※1人1検査までとなります。</p> <p>1 男性向けがんリスク</p> <p>2 女性向けがんリスク</p> <p>3 胃がんリスク層別化検査</p> <p>4 B・C型肝炎</p> <p>5 子宮頸がんリスク</p> <p>6 女性がん子宮頸がんセット</p> <p>※女性申し込み限定 ※女性申し込み限定</p>			
申込後のキット変更や キャンセルはできません。				
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	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	
	電話番号 (日中連絡が とれる番号)	—		

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。				検査をされる方の 氏名
ご希望の検査番号	<p>※1人1検査までとなります。</p> <p>1 男性向けがんリスク</p> <p>2 女性向けがんリスク</p> <p>3 胃がんリスク層別化検査</p> <p>4 B・C型肝炎</p> <p>5 子宮頸がんリスク</p> <p>6 女性がん子宮頸がんセット</p> <p>※女性申し込み限定 ※女性申し込み限定</p>			
申込後のキット変更や キャンセルはできません。				
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	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	
	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ございません。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いたします。

UAゼンセン共済事業局