

申し込み期限：令和7年8月29日(金)

下記必要事項をご記入の上、FAXでお送りください。

石油製品販売健康保険組合 FAX 03-3265-3533

郵送によるがん検査申込書

自宅でカンタンに
がん検査ができます！

石油製品販売健康保険組合 御中

令和7年 月 日

石油製品販売健康保険組合が実施する「郵送によるがん検査」に申し込みます。

●申込書の記入はお一人様一枚でお願いします。複数のお申し込みは本用紙をコピーしてご使用ください。

保険証の 上から2段目 記号・番号	記 号		番 号		いずれかに☑チェック	
					☐ 本人	☐ 家族
フリガナ					性別(○を付ける)	
氏 名					男性 ・ 女性	
生年月日	西暦			年	月	日
電話番号	()					歳
検査キット 送付先住所 (自 宅)	〒			-		
	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県					
						※建物名・部屋番号もご記入ください
検査キット 送付先住所 (勤 務 先)	〒			-		
	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県					
						※建物名をご記入ください
	事業所名					※事業所名をご記入ください
郵送による がん検査項目	○を付ける	検査項目				対象者
		子宮頸がんリスク検査(ハイリスクHPV検査)				20歳以上の女性(被保険者・被扶養者)
		前立腺がんリスク検査(血中PSA検査)				40歳以上の男性(被保険者・被扶養者)
		胃がんリスク検査(ピロリ菌抗体検査)				30歳以上の男女(被保険者・被扶養者)

- 個人負担額は1項目、税込1,000円です。2項目まで受診可能です(自己負担2,000円)。
- 対象者は石油製品販売健康保険組合の被保険者・被扶養者(年齢・性別の条件あり)です。
HPV検査は20歳以上女性、PSA検査は40歳以上男性、ピロリ菌抗体は30歳以上男女です。
なお、HPV検査は妊娠中または妊娠の可能性のある方はお申し込みできません。
- 個人負担金は、キット送付時に郵便払込取扱票を同梱いたしますのでお支払いをお願いいたします。**
- 検査キットには個人宛の郵送料、キット料、検査費用、検査結果報告書などすべての費用が含まれています。
お申し込みされた方は必ず検査をされるようお願いいたします。
お申し込み後のキャンセルはできません。
- お申し込みはFAXでお願いします。
- 検査キットは9月下旬から10月上旬に、ご自宅に普通郵便でお届けの予定です。

本検査の検査法や操作に関するお問い合わせは、検査委託機関「一般財団法人日本健康増進財団」
郵送健診課へ(TEL 03-5420-8030 平日9:00~17:00)

提出先・お問い合わせ先

石油製品販売健康保険組合

〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 石油健保ビル
保健事業課 TEL: 03-3265-3289