

申し込み期限：令和7年6月30日(月)

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

郵送による歯周病リスク検査申込書

自宅でカンタンに  
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「郵送による歯周病リスク検査」に申し込みます。

●申込書の記入はお一人様一枚をお願いします。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番目 記号・番号	記号				番号				いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> チェック							
									<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 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			歳
住所	〒					-										
	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県															
	※建物名・部屋番号もご記入ください															
電話番号	( )															

- 個人負担額は税込1,000円です。
- 対象者は石油製品販売健康保険組合の被保険者・被扶養者です。
- 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をお願いします。
- 検査キットは7月中に、ご自宅に普通郵便でお届けの予定です。
- 検査キットは8月29日(金)必着厳守です。キットが届きましたら、早めに提出をお願いします。

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 (平日9:00~17:00)