

記入例

【対象者：40歳以上（2025年3月31日時点）の被保険者および被扶養者】

健保受付番号

2024年度 大腸がん 郵便検診申込書

西武健康保険
下記の

・出向者は出向元の会社名を記入

・出向者は「（出向）出向先会社名」を

【被保険者】

保険証	記号	100	番号	20231
会社名	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇営業所
氏名	西武 健太			

【受診者】※被保険者（本人）が受診する場合も必ずご記入ください。

①	フリガナ	セイブ	ケンタ	続柄	本人・家族
	氏名	西武	健太		
	生年月日	昭和 55 年 9 月 1 日	年齢 (2025年3月31日 時点)		44 歳
②	フリガナ	セイブ	ヤスヨ	続柄	本人・家族
	氏名	西武	康代		
	生年月日	昭和 59 年 3 月 30 日	年齢 (2025年3月31日 時点)		41 歳

【送付先】

住所 (アパート・マンション名、 部屋番号まで記入)	(〒 359 — 0037) 埼玉県所沢市くすのき台1-1-1 〇〇〇マンション101号室
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

《検診方法》 検診キットを使い、2日間、便をスティックでこすり採取します。
※検診キットは11月中旬に、ご自宅へ郵送されます。

《検診機関》 医療法人社団ENEXT 池袋藤久ビルクリニック

西武健保de健康エール
のお申込みはこちら

《検診費用》 無料(検診費用2,310円は西武健保が負担します。)

《申込方法》 「郵便検診申込書」(西武健保HPに掲載)の太枠内をご記入のうえ、
ご本人から直接西武健保へご郵送ください。送料は自己負担となります。
なお、LINEを活用した「西武健保de健康エール」からの申込みが便利です。《申込締切日》 2024年10月25日(金) 西武健保必着
※締切後のお申込みについては受付できませんので、ご了承ください。《注意事項》
●この申込書の提出をもって、医療機関が西武健保に検診結果を通知することに同意したものとさせていただきます。
●お申込み後にキャンセルとならないようご注意ください。
(やむを得ずキャンセルする場合は、必ず検診キットを西武健保へ返却してください。)
●今年度、人間ドック等で同じ検査を受けていないかご確認のうえ、お申込みください。
●お申込みが重複しないよう、「西武健保de健康エール」または申込書どちらかでお申込みください。《送付・問合せ先》
〒359-0037
埼玉県所沢市くすのき台一丁目11番地の1
西武健康保険組合 総務課
Mail:kenpo-somu@seibu-group.co.jp
<https://www.seibu-kenpo.or.jp>

健保受付印