

番号をご確認の上、送信してください。

FAX送信先 0800-919-0335

FAX送信方向

H.U.POcKeT
↓入力用QR

郵送検査申込書

シャープ健康保険組合 403 03813000-0

フリガナ
被保険者名

健康保険
被保険者証
記号
番号



※各受検者ごとに受検したい検査項目を○で囲んでください。

申込人数 人 検査キット送付後、受検者の変更はできません

総合計金額(税別) 円
※消費税を加えた金額が自己負担額となります

お1人目
フリガナ
受検者名
フリガナ
住所
検査項目(自己負担額) [税抜]

お2人目
フリガナ
受検者名
フリガナ
住所
検査項目(自己負担額) [税抜]

お3人目
フリガナ
受検者名
フリガナ
住所
検査項目(自己負担額) [税抜]

※ご記入いただいた個人情報は、提携機関以外の第三者に本人の同意なしに開示提供することはありません。

申込締切日 2025年1月24日(金) 必着厳守

のりしろ

のりしろ

④前立腺がんリスク検査の採血方法(自己採取)として説明書が入っています。

1 ランセットの保護キャップをねじり、取り外します。保護キャップを取ると、白いホルダーが出ます。

2 刺す部位を決め、その周辺を圧迫し皮膚を張らせた状態で、ホルダーの先端をあてます。

3 作業音がするまでさらに押し付け、すぐに離します。

4 指先にたまった血液を採血ノズルの先端へ流し込みます。

ランセットは完全1回の使い切りタイプの製品ですのでご注意ください。

この時、ホルダーの先端が少し引っ込みます。

針が出すぎることはありません。針が浅いと血液が出にくく、採取量が規定量より少ないと、検査結果をお返しできない場合があります。

血液が凝固して出なくなったら、指を離して消毒綿で拭いてください。その後、2秒ほど待って再び優しく押します。採血後は絆創膏で処置してください。

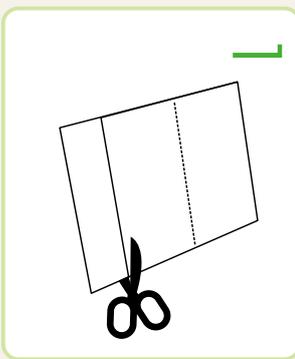
選べる2つの申込み方法



郵便でお申込み

申込書に必要事項をご記入後、キリトリ線に沿って切り離し、封筒に組み立て、ポストに投函してください。(切手不要)。

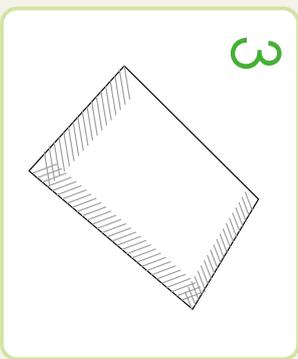
封筒の作り方



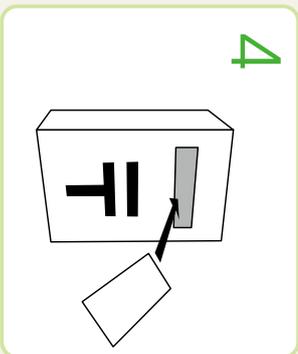
申込書をキリトリ線で切り取ります。



用紙の「のりしろ」にのりを付けてください。



申込欄が内側にくるように真中から2つ折りにはがれないよう貼り付けます。



ポストに投函してください。(切手は不要です)



FAXでお申込み

申込書に必要事項をご記入後、キリトリ線に沿って切り離し、申込書ページに記載されているFAX番号に送信してください。

番号をご確認の上、送信してください。
FAX送信先 0800-919-0335

TN

料金受取人私郵便
日野局承認

1518

差出有効期間
2025年6月
30日まで

(切手不要)

1918790

東京都日野市新町5-6-7

H.U. POCKET株式会社 行

シヤーマ健康保険組合郵送検診申込書
2025年1月24日(金) 〆切



検査機関・問合わせ先

H.U.POCKET株式会社

☎ 0120-82-1213



コールセンターで、検査後のアフターケアも万全です。
効果的なセルフメディケーション実現をお手伝いいたします。

コールセンターがお客様のお問い合わせに万全のサポート。

コールセンターでは、お客様のさまざまなお問い合わせに対し、いつでも安心してご相談いただけるように、最新の情報・高いレベルでの専門知識を補完するよう努めるとともに、オペレーターは、商品知識やサービスにおいて、きめ細やかなコミュニケーションを常に心がけております。

☎ 0120-82-1213

通話料無料(携帯・PHSからもOK)
受付時間: 9:00~17:15(土・日・祝日・年末年始を除く)