

郵送検査申込書

シャープ健康保険組合 403 02600212-1

H.U.POCKeT
↓入力用QR

フリガナ	被保険者名
------	-------

健 康 保 険	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)

※消費税を加えた金額が自己負担額となります

円

<input type="checkbox"/> 0.被保険者	<input type="checkbox"/> 1.被扶養者	性別	生年月日			
フリガナ	受検者名	1.男・2.女	西暦 年 月 日生 (歳)			
お1人目	住所	〒 - 都・道府・県	※団地名、号棟、アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。			
		電話番号	携帯電話			
検査項目 (自己負担額 〔税抜〕)	○で囲んでください					
	1.大腸がんリスク検査(2日法) 2,400円	2.ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査) 3,100円	3.歯周病リスク検査 3,800円	4.前立腺がんリスク検査(PSA) (男性のみ) 3,500円	5.ヒトパピローマウイルス(HPV)検査 (女性のみ) 7,000円	6.骨粗しょう症リスク検査 4,000円

<input type="checkbox"/> 0.被保険者	<input type="checkbox"/> 1.被扶養者	性別	生年月日			
フリガナ	受検者名	1.男・2.女	西暦 年 月 日生 (歳)			
お2人目	住所	〒 - 都・道府・県	※団地名、号棟、アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。			
		電話番号	携帯電話			
検査項目 (自己負担額 〔税抜〕)	○で囲んでください					
	1.大腸がんリスク検査(2日法) 2,400円	2.ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査) 3,100円	3.歯周病リスク検査 3,800円	4.前立腺がんリスク検査(PSA) (男性のみ) 3,500円	5.ヒトパピローマウイルス(HPV)検査 (女性のみ) 7,000円	6.骨粗しょう症リスク検査 4,000円

<input type="checkbox"/> 0.被保険者	<input type="checkbox"/> 1.被扶養者	性別	生年月日			
フリガナ	受検者名	1.男・2.女	西暦 年 月 日生 (歳)			
お3人目	住所	〒 - 都・道府・県	※団地名、号棟、アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。			
		電話番号	携帯電話			
検査項目 (自己負担額 〔税抜〕)	○で囲んでください					
	1.大腸がんリスク検査(2日法) 2,400円	2.ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査) 3,100円	3.歯周病リスク検査 3,800円	4.前立腺がんリスク検査(PSA) (男性のみ) 3,500円	5.ヒトパピローマウイルス(HPV)検査 (女性のみ) 7,000円	6.骨粗しょう症リスク検査 4,000円

※ご記入いただいた個人情報は、提携機関以外の第3者に本人の同意なしに開示提供することはありません。

合計金額(税別)

※消費税を加えた金額が自己負担額となります

円

合計金額(税別)

※消費税を加えた金額が自己負担額となります

円

申込締切日 2026年3月6日(金)必着厳守

のりしろ

のりしろ

キリトリ線



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 指先にたまつた血液を採血ノズルの先端へ流しこみます。
力いっぱい押し出したり、絞らないでください。



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ございません。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、検査結果をお返しきれ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つのお申込み方法

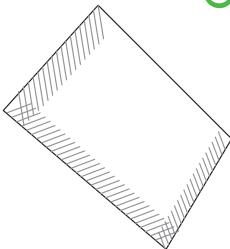
郵便でお申込み

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)。

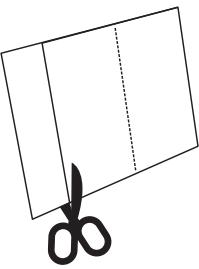
封筒の作り方



1



2

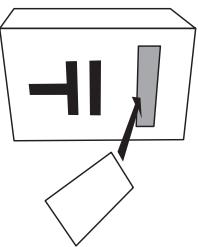


3



申込書をキリトリ線で切り取ります。

4



用紙の「のりしろ」にのりを付けてください。

シャープ健康保険組合郵送検診申込書
2026年3月6日(金)〆切

東京都日野市新町5-4-2
H.U. POCKeT株式会社 行

申込欄が内側になるように真中から2つ
折りにして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



2



0120-82-1213

検査機関・問合わせ先
H.U.POCKET株式会社

1 9 1 8 7 9 0



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)