ロゴ

自動的に生成された説明

**ニチバン健康保険組合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和7年度**

ロゴ

中程度の精度で自動的に生成された説明

ロゴ

自動的に生成された説明



白いバックグラウンドのスクリーンショット

中程度の精度で自動的に生成された説明



テキスト

自動的に生成された説明テキスト

自動的に生成された説明



アイコン

自動的に生成された説明

アイコン

自動的に生成された説明

**乳 房**

**食 道**

人の手

自動的に生成された説明テキスト

自動的に生成された説明

**大 腸**

**前 立 腺**

**●お申込みから検査までの流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**

●自己採血

●ＦＡＸかWebの、

どちらか一つでお申込み

●検査結果

●検査

●検査センターに返送

●検査キットが

普通郵便で到着

テキスト が含まれている画像

自動的に生成された説明



[QR コード

自動的に生成された説明](https://forms.gle/K288Ni8RAB8h8Egz7)カレンダー

低い精度で自動的に生成された説明歯ブラシを持っている手

低い精度で自動的に生成された説明

アイコン

自動的に生成された説明

アイコン が含まれている画像

自動的に生成された説明

**●お申込みから検査までの流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**

●自宅で自分で手軽に検査できます。　●血液量は0.065mL（通常の血液検査の1/150）。

●検査結果は検体返送後、５～6日程度でメールに速報が届きます。約1週間後に結果シートが郵送されます。

●医療と同等の検査精度です。（厚生労働省管理医療機器承認済）　●プライバシーは万全のセキュリティーで守られます。



**対象**

**「被保険者」　｢被扶養配偶者｣**

**ニチバン健康保険組合　DEMECAL注文 ★申込み締切り:令和7年11月6日(木)（健保必着）**

**FAXの方： 03(6386)7192 ／メールの方：**[kenpo@nichiban.co.jp](mailto:kenpo@nichiban.co.jp)

**がんスクリーニング検査申込み書** 自宅でカンタンにがんリスクチェックの検査ができます！

**ニチバン健康保険組合 御中**令和7年 　 月 　 日

　　　　　　　　 ニチバン健康保険組合が実施する｢がんスクリーニング検査｣(在宅血液検査)に申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の  記号-番号 | | ※保険証をお持ちでない方は｢資格確認書｣か｢マイナポータルの資格情報画面｣にてご確認ください | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記　号 | | | | | | | 番　号 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | フリガナ |  | | | | |  | | | | | | | 性　別　※どちらかに〇 | | | |
| 氏　名 |  | | | | |  | | | | | | | 男 |  | 女 |  |
| 生年月日 | 西暦 |  | | 年　 　　月 　　　日生　　　（満　　　　歳） | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 |  | | | ― |  | | | | | | | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | |
| [都道府県名] | | [市区町村・丁番号] | | | | | | | | | | | | | |
| [建物名、部屋番号まで詳細にご記入ください] | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 電話番号 |  | | （ | | | |  | | ） | |  | | | | | |
| 被保険者等の  記号-番号 | | ※保険証をお持ちでない方は｢資格確認書｣か｢マイナポータルの資格情報画面｣にてご確認ください | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記　号 | | | | | | | 番　号 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 被 扶 養 配 偶 者 | フリガナ |  | | | | |  | | | | | | | 性　別　※どちらかに〇 | | | |
| 氏　名 |  | | | | |  | | | | | | | 男 |  | 女 |  |
| 生年月日 | 西暦 |  | | 年　　　　月　 　 日生　　（満　　　　歳） | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 |  | | | ― |  | | | | | | | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | |
| [都道府県名] | | [市区町村・丁番号] | | | | | | | | | | | | | |
| [建物名、部屋番号まで詳細にご記入ください] | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | （ | | |  | | | ） |  | | | | | |

○検査費用は無料です。

当健保組合が全額補償いたします。

○対象者

　 ニチバン健康保険組合の被保険者(本人)及び被扶養配偶者(奥様・ご主人様）が対象です。

※止血能力の低下している方(ワーファリン等の薬剤を服用の方)はご利用できません。

○全ての欄に記入してください。捺印はいりません。

◎申込み方法

　・申込み締切日までに健保組合必着でお申込みください。

　・事業所取りまとめの場合は担当課に提出してください。

**【個人情報の取り扱い（利用目的）について】**  
　ニチバン健康保険組合（以下「当組合」という。）は、がんスクリーニング検査（以下「本検査」という。）における被保険者と被扶養者（以下「利用者」という。）の個人情報の取り扱いを以下の通りとします。

1. 本検査の申込受付は、株式会社ウィズネット（以下「受付会社」

という。）が行います。受付会社は、申込情報を検査キットの

配送業務に使用します。  
2. 本検査は、株式会社リージャー（以下「検査会社」という。)が実

施します。検査会社は、本検査を実施するため、利用者より検査受付情報および検査結果情報（以下「検査情報」という。）取得し、受付会社に検査情報を提供します。

3. 受付会社は、当組合への本検査状況の報告及び利用者への検

査勧奨のため、前項の提供により検査情報を取得します。

※検査キットが届きましたら、１ヶ月以内に検査してください。

※検査キットが郵便受けに入らない場合、配達通知が投函されます。

※食後高血糖セルフチェックと合わせてお申込みの方は、別々に届く場合がありますのでご了承ください。

**[![QR コード

自動的に生成された説明]()](https://nichibankenpo.or.jp)**

<提出先･問い合わせ先> **ニチバン健康保険組合**

〒112-8663　東京都文京区関口2-3-3 TEL.03-5978-5605 　FAX.03-6386-7192

E-mail : [kenpo@nichiban.co.jp](mailto:kenpo@nichiban.co.jp) ニチバン健康保険組合ホームページ　URL : [https://nichibankenpo.or.jp](https://nichibankenpo.or.jp" \t "_blank)