

歯周病予防

GCF歯肉溝バイオマーカー検査申込書

被 保 険 者 記 号 番 号	—	ふ り が な		
		被 保 険 者 氏 名		
ふ り が な		性 別	続 柄	
検 査 参 加 者 氏 名		男 ・ 女		
検 査 参 加 者 生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平成 (歳)	自 宅 電 話	()	
自 宅 住 所	〒 —			
送 付 先 住 所	※検査キット及び検査結果の送付先が自宅住所と相違する場合にご記入ください。			
	〒 —			
事 業 所 称		事 業 所 電 話	()	
事 業 所 住 所	〒 —			

上記のとおり検査の申し込みをいたします。

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合理事長 殿

申込に際しての注意事項

- 対象年齢は、当年度4月1日から翌年3月31日までに下記の年齢に該当する加入者
対象年齢 25歳・35歳・45歳・55歳・65歳
※申込時点で当健康保険組合の加入者であること。
- 検査費用等の自己負担はございません。(全額健康保険組合が負担いたします。)
- 申込書に記載された個人情報は、個人情報保護法並びに組合規程を遵守し、当検査以外に使用することはありません。
- 郵送にてお申込みください。

〒231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町4-47
 神奈川県機器健康保険組合
 TEL 045-641-7713
 FAX 045-641-3176