

# 令和3年度、新型コロナウイルス（PCR検査・抗体検査キット）申込書



FAX挿入方向



FAX 048-711-4863 (24時間受付)

関東信越税理士国民健康保険組合  
 <お問い合わせ先>

【委託業者】株式会社メデカルアシスト  
 TEL:048-711-4862

(土日・祝日を除く9:00~17:00まで)

【PCR検査実施医療機関】敬愛クリニック

- ◆お申込内容を正確にご記入下さい。
- ◆依頼日は、本申込書をご記入いただいた日をご記載ください。
- ◆裏面、留意事項等を了承のうえ、お申し込みください。

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

<A 事務所単位・家族単位・個人でもお申込みできます。> ※お申し込みが1人の時でもB申込者情報欄にご記入ください。

|                                   |   |                  |                   |      |
|-----------------------------------|---|------------------|-------------------|------|
| A<br>代表者<br>お<br>申<br>込<br>情<br>報 | 送付先住所<br><input type="checkbox"/> 事業所<br><input type="checkbox"/> ご自宅 | (〒 - )           |                   |      |
|                                   | 事業所名<br>又は<br>代表者様  | 事業所名又は<br>代表者の氏名 |                   |      |
|                                   |   | ご連絡先電話番号         |                   | ご担当者 |
|                                   | △請求書は下記にご記入のお申込者個人宛となります。代表の方がまとめて支払う時は右記に振込人名義を必ずご記入ください。⇒           |                  | 代表者のお振込人名義<br>( ) |      |

<B お申込の方全員の情報をご記入ください。(お申込み代表者含む)> ※記号番号は保険証(組合員証)の番号です。

|                            |    |    |      |                                |                                |                               |   |   |
|----------------------------|----|----|------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|---|
| B<br>申<br>込<br>者<br>情<br>報 | 1  | 記号 | 番号   | フリガナ                           | 生年月日(西暦)                       | 年                             | 月 | 日 |
|                            |    |    |      | 氏名                             | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査 |   |   |
|                            | 2  | 記号 | 番号   | フリガナ                           | 生年月日(西暦)                       | 年                             | 月 | 日 |
|                            |    |    |      | 氏名                             | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査 |   |   |
|                            | 3  | 記号 | 番号   | フリガナ                           | 生年月日(西暦)                       | 年                             | 月 | 日 |
|                            |    |    |      | 氏名                             | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査 |   |   |
|                            | 4  | 記号 | 番号   | フリガナ                           | 生年月日(西暦)                       | 年                             | 月 | 日 |
|                            |    |    |      | 氏名                             | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査 |   |   |
|                            | 5  | 記号 | 番号   | フリガナ                           | 生年月日(西暦)                       | 年                             | 月 | 日 |
|                            |    |    |      | 氏名                             | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査 |   |   |
| 6                          | 記号 | 番号 | フリガナ | 生年月日(西暦)                       | 年                              | 月                             | 日 |   |
|                            |    |    | 氏名   | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査  |                               |   |   |
| 7                          | 記号 | 番号 | フリガナ | 生年月日(西暦)                       | 年                              | 月                             | 日 |   |
|                            |    |    | 氏名   | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査  |                               |   |   |
| 8                          | 記号 | 番号 | フリガナ | 生年月日(西暦)                       | 年                              | 月                             | 日 |   |
|                            |    |    | 氏名   | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査  |                               |   |   |
| 9                          | 記号 | 番号 | フリガナ | 生年月日(西暦)                       | 年                              | 月                             | 日 |   |
|                            |    |    | 氏名   | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査  |                               |   |   |
| 10                         | 記号 | 番号 | フリガナ | 生年月日(西暦)                       | 年                              | 月                             | 日 |   |
|                            |    |    | 氏名   | <input type="checkbox"/> PCR検査 | <input type="checkbox"/> 抗体検査  |                               |   |   |

- ◆注意事項
- ※「B申込者情報」に記載された「検査数」で、請求金額が確定します。
- ※「本申込書」を受領した後のキャンセルはできません。

裏面をご確認ください。

## 【留意事項】

### 1. 実施期間中、各検査につき1回、今回の斡旋に限り組合が半額負担します。

PCR検査(ロシユ社試薬) 16,500円 ⇒ 8,250円 (各検査共税込・送料負担なし)  
抗体検査(極東製薬工業) 4,400円 ⇒ 2,200円

※請求書はB欄にご記入の申込者毎に個別包装された検査キットに同封します。請求書振込先へお振込みください。

代表者がまとめてお振込みをする場合は、おもて面の「代表者のお振込人名義」欄に必ずご記入ください。

※検査費用は検査の実施に関わらず、期日までにお支払いください。(振込手数料はご負担願います。)

※各検査のお申し込みが2回目以降の時は全額本人負担となりますのでご了承ください。

### 2. 検査キットは通常お申し込みから3、4日後に「ゆうパケット」便でお届け先に届きます。

届かない時はおもて面のお問い合わせ先にご連絡ください。

※申込代表者の住所に、B欄にご記入のお申込者の検査キットが個別包装されて届きます。

個人の住所に配送希望の場合は、申込書(コピー可)を検査キット送付先住所毎に記入してお申し込みください。

### 3. PCR検査は検査精度を保つため、検体(唾液)採取後はすぐに、同封の梱包材(三重梱包)でしっかりと密封しキットに同封のゆうパック伝票(着払)を使用して、郵便局窓口もしくは集荷サービスを利用して返送ください。なお土日・祝日の検査受付はしておりません。月曜日～木曜日の間に上記方法にてご返送ください。

### 4. PCR検査結果報告書は、検査日から3、4日で検体返送時にご記入する結果送付先住所へ郵送(親展)にてお届けしますが、検査の結果が陽性の場合、検体返送時にご記入する電話番号に事前にお電話にてご連絡いたします。

### 5. 検査費用の半額補助は実施期間中1回の為、事務所一括でお申し込みする際は、各申込者に周知のうえお申し込みください。

### 6. 申込書はコピーしてご利用いただける他、ホームページからもダウンロードできます。 ※組合未加入の方が検査を希望する時は、組合までご連絡ください。

### 7. 今回斡旋する検査は人間ドック等補助金及び定期健康診断補助金は対象外となります。

## 【実施期間】

**申込受付期間 2021年4月1日～2022年3月31日(必着)**

**検体ご返送期限 2022年4月30日(必着)**

## PCR検査

今現在、新型コロナウイルスに感染しているかどうかを調べる検査です。

この検査で使用する試薬は現在日本で発見されている変異種ウイルスにおいても検出ができます。

検査の結果が陽性の時は、最寄りの保健所やかかりつけ医等に連絡し指示に従ってください。

無症状病原体保有者による感染拡大が報告されており、感染拡大を防ぐことが重要です。

## 抗体検査

過去に新型コロナウイルスに感染していたかを調べる検査です。

この検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していないのに結果が陽性になること(偽陽性)があります。また、検査結果は検体採取時点の数値によるもので、将来に亘って有効なものではありません。

抗体検査でIgM陽性の方は、発症早期の為、周囲に感染させるリスクがあります。かかりつけ医またはPCR検査実施可能な医療機関にご相談ください。