令和5年度、新型コロナウイルスPCR検査 申込書

⇧ ＦＡＸ挿入方向 ⇧

FAX　048-711-4863（24時間受付）

◆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

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）
【提携医療機関】
医療法人天尽会 敬愛クリニック

<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代表者お申込情報					
	送付先住所 □ 事業所 □ ご自宅	（〒　　－　　）			
	事業所名又は代表者様	事業所名又は代表者の氏名			
		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			

<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申込者情報					
1	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
2	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
3	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
4	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
5	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
6	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
7	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
8	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
9	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	
10	記号	番号	フリガナ	生年月日(西暦)	
			氏名	年　月　日	

◆注意事項
※「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　**1回、今回の斡旋に限り組合が半額負担します。**

PCR検査(ロシュ社試薬)　　7,000円　⇒　3,500円（税込・送料負担なし）

※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。)
※検査のお申し込みが2回目以降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2、3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バリアボックス（料金受取人払郵便）を使用して、ポストに投函のうえ速やかにご郵送ください。
なお**日曜・祝日の検査はしておりませんが、郵送日の指定はありませんので、上記方法にてご郵送ください。**

4.PCR検査結果報告書は、検査日から2,3日で検体郵送時にご記入された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は、検体郵送時にご記入された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　令和5年4月1日～令和6年3月31日（必着）

検体ご郵送期限　令和6年4月30日(必着)

新型コロナウイルス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】の方は、検査機関または提携医療機関より問診による連絡が入ります。医療機関では「発生届出対象者」の方に限り、保健所への届出を致しますが、発生届出の対象外の方は自治体のホームページからご自身で陽性者登録をして下さい。

※「発生届出対象者」とは、1．65歳以上の方、2．入院を要する方、3．重症化リスクががあり、かつ、新型コロナ治療薬の投与が必要な方、新型コロナ罹患により新たな酸素投与が必要な方、4．妊婦の方となります。

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。