



尿検査による「エクオール検査」申込書

- ※ 当健康保険組合に加入する女性のみ募集（被保険者・被扶養者含む）
- ※ 申し込み後、早ければ11月下旬頃から採取キットを順次発送。返送締め切りは12月31日（木）です。
- ※ 上限24名を超える場合は抽選とさせていただきます。
- ※ この申込書はコピーでも受付いたします。

事業所名		本人 ・ 家族
申し込み者 氏 名		
住 所 (採取キット郵送先)	〒 (TEL)	

申し込み期間

令和8年9月25日（金）～
令和8年10月13日（火）

方法：郵便 または FAX（**0776-35-1135**）

〒918-8013 福井県福井市花堂東1-26-30 診療報酬支払基金ビル2F
福井県自動車販売整備健康保険組合 TEL 0776-35-1020