

# GCF歯肉溝バイオマーカー検査 希望者調査票

※対象者は、令和6年4月1日時点で、40歳以上の被保険者・被扶養者です。

※記載した住所に検査キットを送付しますので、正しく記載して下さい。

所属・氏名

## 【記載例】

区分	健康保険証		漢字氏名	カナ氏名	生年月日	性別	検査キット送付先	
	記号	番号					郵便番号	住所
被保険者	157	1234	丸全 太郎	マルゼン タロウ	1960年1月1日	男	231-8419	横浜市中区南仲通2-15
被扶養者	157	5678-90	丸全 花子	マルゼン ハナコ	1962年4月1日	女	231-8419	同上

区分	健康保険証		漢字氏名	カナ氏名	生年月日	性別	検査キット送付先	
	記号	番号					郵便番号	住所

## 【申込から検査結果までのながれ】

