

毎年 必ず受けましょう!

郵送がん検診のご案内



健診機関に行かなくても
できます!

当健康保険組合では、昨年に引き続き自宅で都合のいい時に受診できる、郵送による**子宮頸がん検診**
・**大腸がん検診**・**歯周病リスク検診**と、今年度は新たに胃がんの原因であるピロリ菌感染の有無がわかる
「**ピロリ菌検査**」を実施いたします。ご自身とご家族の健康を守るため、この機会にぜひご受診ください。

記

1. 検診対象者 被保険者および被扶養者（年齢は2020年3月末時点）

および
自己負担金

検査項目	対象年齢	自己負担金	備考
子宮頸がん検診	20歳以上	1,000円	妊娠中の方は申込みできません
大腸がん検診	40歳以上	500円	2日分の便を採取
歯周病リスク検診		1,000円	唾液を採取
ピロリ菌検査		1,000円	1日分の便を採取

NEW



2. 申込方法 下記の申込書に記入し、各事業所担当者まで自己負担金を添えてご提出ください。

3. 申込締切日 2019年7月31日(水)

4. 検査器具の送付 申込書は事業所にて取りまとめ、健康保険組合経由で検査機関に送付されます。

申込書が検査機関に到着後約2週間で、個人宛に検査器具が郵送されます。

なお、ピロリ菌検査は検査の精度上7~9月は実施しておりませんので、検体の返送は6月末まで、もしくは10月以降でお願いします。

5. 検体返送締切日 2019年9月30日(月) ただしピロリ菌検査は2019年11月30日(土)

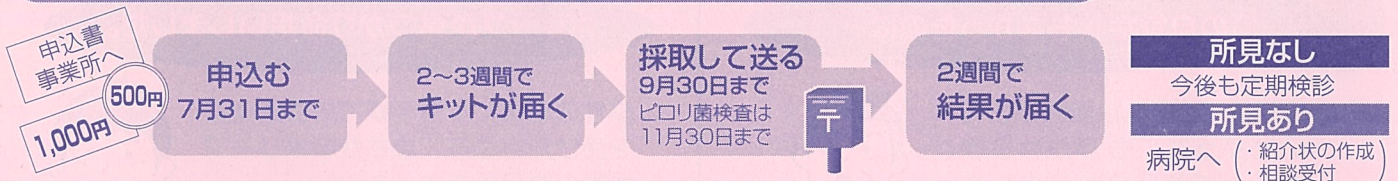
6. 結果のお知らせ 約2週間で個人宛に郵送されます。

7. 検査機関 メスブ細胞検査研究所(京都府登録衛生検査所第38号)

TEL(075)231-2230



お申込みからの流れ



事業所担当者 行

郵送がん検診申込書

申込締切日 2019年7月31日(水)

保険証記号-番号

	受診者氏名	住所(検査器具送付先)	電話番号	生年月日・年齢・性別	○印をつけてください
被保険者	フリガナ	〒	☎()	西暦 年 月 日 (歳)男・女	子宮 大腸 歯周病 ピロリ菌
被扶養者①	フリガナ	〒	☎()	西暦 年 月 日 (歳)男・女	子宮 大腸 歯周病 ピロリ菌
被扶養者②	フリガナ	〒	☎()	西暦 年 月 日 (歳)男・女	子宮 大腸 歯周病 ピロリ菌

(注) 1. 記号一番号とは被保険者証に記載されている記号・番号です。

2. この申込書に書かれた住所、氏名に検査器具が送付されますので「正しくはっきり」ご記入ください。

★個人情報の取扱いについて：受診する方の個人情報は本検診を提供する目的および当健康保険組合の保健事業にのみ利用します。個人情報の取扱いについて同意の上、お申込みください。