

郵送自己検診のご案内

年に一度は、がん検診を受けましょう!



当健康保険組合では、今年度も保健事業の一環として「郵送検診」を下記の通り実施します。がんは早期発見・早期治療が大切です。また、歯周病は口腔内だけでなく、生活習慣病等の全身疾患の発症と重症化に影響を及ぼすことが明らかになっています。ご自宅でご自身のタイミングで検査できますので、この機会にぜひご受診ください。

年度内に1回限り、2項目まで受診可能です。

大腸がん検診

- ・2日分の便を採取します。
- ・便を採取しやすい採便シート付き



自己負担金：550円（税込み）

肺がん検診

- ・3日分の痰を採取します。
- ・痰が出ない方は検査できません。



自己負担金：1,100円（税込み）

ピロリ菌検査 (便中抗原検査)

- ・在籍期間中に1回限り
- ・ピロリ菌の感染の有無を調べます。



●除菌判定(除菌が成功かどうか)として使われる場合は除菌治療後4週間経過以降に採便ください。

自己負担金：1,100円（税込み）

歯周病リスク検診 (唾液検査)

- ・唾液中のヘモグロビンを検査します。
- ・歯周病の進行度合いがわかります。



自己負担金：1,100円（税込み）

記

1. 申込対象者 : 35歳以上の当健康保険組合加入者（年齢は令和8年4月1日現在）
2. 申込締切日 : 令和7年10月31日(金)（消印有効）
3. 申込方法
 - ① 申込書に必要事項を記入し、FAX(075-211-7400)でお申込みください。
 - ② 器具一式と負担金の振込用紙が届きます。
 - ③ できるだけ早く検体を採取し、返信用封筒で返送ください。また、負担金は同封の振込用紙でコンビニまたは郵便局にてお振込みください。振込手数料は自己負担となります。但し、ピロリ菌検査は、精度上、4月～6月または10月～翌2月に返送ください。
4. 検体締切日 : 令和7年11月28日(金) お早目に返送してください。
5. 検査結果 : 検体到着後約2週間で申込書記載住所に郵送されます。
6. その他 : 対象者以外の方で検査を希望される場合は、直接メスプ細胞検査研究所にご連絡ください。実費で受診することが可能です。
7. 検査機関 : メスプ細胞検査研究所 京都市中京区高倉通二条下ル瓦町550 メスビル内
TEL (075) 231-2230 FAX (075) 211-7400

【注意事項】・郵送検診は自覚症状のない方を対象にしています。すでに自覚症状や気になることがある方は医療機関をご受診ください。

・郵送検診はスクリーニング検診(一次検診)であり、検診結果は病名を診断するものではありません。「要精密・陽性」の結果が出た場合は、速やかに医療機関を受診されることをお勧めします。

・郵送検診の検査結果のみで病名を判断できるものではありません。「異常なし・陰性」の結果の方も、自覚症状や気になることがある方は、医療機関を受診されることをお勧めします。

がんは予防できる時代です。

毎年必ず受けましょう！



まずは郵送検診で早期発見を！

大腸がん検診

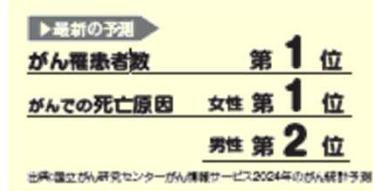
がん罹患率第1位。増え続けています！

◆大腸がんは増え続けています。

近年、食生活が欧米化し、特に食物繊維不足による便秘が腸内環境を悪化させ、がんが発生すると言われてしています。

◆早く見つければ安心。

早期のがんは自覚症状がなく自分で気づくのはとても困難です。年に一度検診することで早期発見につながります。

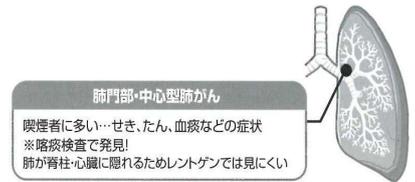


肺がん検診

喫煙者・過去喫煙者や受動喫煙が気になる方はぜひ受診を！

◆胸部レントゲン検査で見つかりにくいタイプのがんに有効です。

◆喀痰細胞診は中心型早期肺がんの唯一のスクリーニング法です。



ピロリ菌検査

ピロリ菌除菌で胃がん予防！

◆胃がんはピロリ菌感染が主な原因のがんです。

◆ピロリ菌除菌は健康保険が適用されます。

胃・十二指腸潰瘍などにに加え、「胃炎」にも保険適用されています。ただし、保険適用のためには、内視鏡による確認が必須です。



歯周病リスク検診

お口の中は大丈夫ですか？ 歯周病は静かに進行します！

◆誰にでも歯周病のリスクがあります。

統計によると、35歳以上で約80%の方が歯周病にかかっています。

◆歯周病は歯を失う原因になるだけでなく、様々な病気のリスクを高める全身病です。

歯周病チェック！

- ◇ 歯を磨くと血が出る
- ◇ 口臭がするようになった
- ◇ 口の中がネバネバする
- ◇ 歯が伸びた気がする
- ◇ 歯に物が挟まり易くなった

FAX申込書 (075-211-7400)

郵送検診申込書

<ご注意>

大腸がん検診は550円、その他は1,100円です。2項目まで選択可能です。ピロリ菌検査は当健康保険組合の在籍期間中に1回限りです。

申込締切日：令和7年10月31日(金)

年 月 日

被保険者証 記号

番号

被保険者 氏名

受診者氏名	住所・電話番号	生年月日・年齢 性別	続柄	2項目まで選択可
フリガナ	〒 () -	西暦 年 月 日 (男・女)	本人・ 家族	ピロリ・歯周病 大腸・肺
フリガナ	〒 () -	西暦 年 月 日 (男・女)	本人・ 家族	ピロリ・歯周病 大腸・肺
フリガナ	〒 () -	西暦 年 月 日 (男・女)	本人・ 家族	ピロリ・歯周病 大腸・肺

注1. 被保険者証記号・番号、郵便番号、住所、電話番号、氏名を必ず正しくご記入ください。

2. <任意継続被保険者の方へ> 保険料未納による資格喪失後にこの申込書が到着した場合は、補助は受けられません。

<個人情報の取扱いについて> 受診され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のみ利用します。

また受診する方の個人情報を事前の承諾を得ず第三者に提供・開示することはありません。

※個人情報の取扱いに同意の上、お申込みください。