

毎年 必ず受けましょう!

# 郵送がん検診のご案内



当健康保険組合では、昨年ひきつづ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**と**大腸がん検診**を実施いたします。

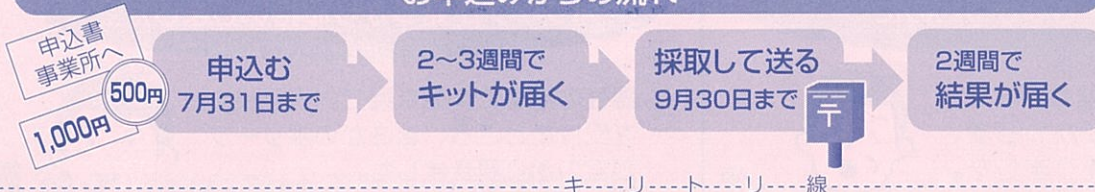
今年度は、新たに**歯周病リスク検診**(唾液検査)を実施することになりました。歯周病は糖尿病・高血圧などの生活習慣病の発症と関連があることが判ってきました。ご自身とご家族の健康を守るため、この機会にぜひご受診ください。

## 記

- 検診対象者** 被保険者および被扶養者(年齢は平成31年3月末時点)  
 子宮頸がん: 20歳以上  
 大腸がん: 40歳以上  
**NEW** 歯周病: 40歳以上
- 検診費用** 自己負担金 子宮頸がん: 1,000円 大腸がん: 500円 歯周病: 1,000円
- 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。
- 申込締切日** 平成30年7月31日(火)
- 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。
- 検体返送締切日** 平成30年9月30日(日) できるだけ早く返送してください。
- 結果のお知らせ** 約2週間で個人宛に郵送されます。
- 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)  
〒604-0827 京都市中京区高倉通二条下ル瓦町550メスブビル内



## お申込みからの流れ



**所見なし**  
 今後も定期検診

**所見あり**  
 病院へ (・紹介状の作成  
 ・相談受付)

キ---リ---ト---リ---線---

事業所担当者 行

郵送がん検診申込書

申込締切日 平成30年7月31日(火)

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	〇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
被扶養者①	フリガナ	〒		西暦 年 月 日 ( 歳)男・女	子宮 大腸 歯周病
被扶養者②	フリガナ	〒		西暦 年 月 日 ( 歳)男・女	子宮 大腸 歯周病

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