

令和4年度 大腸がん検診（郵送方式）事業実施要領

本事業は、みづほ健康保険組合の被保険者及び被扶養者の健康の保持増進に資するため、疾病予防事業の一環として大腸がんの早期発見、早期治療を目的としてつぎのとおり実施する。

記

1. 対象者

申込時に35才以上の被保険者及び被扶養者

ただし、原則として人間ドック等により大腸がん検査を受けた者は除く

2. 実施期間

通年実施（令和4年4月1日から令和5年3月31日）

3. 申込方法

①検診希望者は案内チラシ申込書（または、検診希望者分を連名式申込書（別紙2））に必要事項を記入し、事業所担当者に申し出る。

②事業所担当者は申込書を取りまとめ集計表（別紙1）とともにみづほ健康保険組合に申し込む。

4. 検査要領

当組合にて申込者の資格確認を行ない、別紙2を検査機関に送付する。

送付後約2週間で検査器具がそれぞれ申込者自宅に郵送されるので（2日分便潜血検査ヘモグロビン測定）便を採取し、同封の封書にて検査機関へ1ヶ月以内に（採便後は出来るだけ早く）返送する。

返送後約2週間で個人宅に検査結果が通知されます。

なお、報告書として当健康保険組合にも通知があります。

5. 一部負担金

受診者一人につき500円（費用の3割程度）とする。

申込時に下記口座に振り込んでください。

《振込口座》 三井住友銀行 長田支店 普通 6600770

名 義 _____ みづほ健康保険組合 _____

※なお、振込手数料については事業所負担でお願いします。

6. 検査機関

京都市中京区高倉通二条下ル瓦町550 メスプビル内

メスプ細胞検査研究所