

事 業 主 様

電線工業健康保険組合理事長

大腸検診の実施について

平素は、当組合の保健事業についてご理解とご協力を賜りありがとうございます。

さて、令和7年度の大腸検診を下記のとおり実施しますので、お知らせいたします。

この検診は、郵送による簡単な検査ですので、多数の方が受検されますようご配慮
方よろしくお願い申し上げます。

なお、事業所内掲示用ポスターを同封しましたので、ご活用くださいますようあわ
せてお願い申し上げます。

記

- | | |
|------------|---|
| 1. 対 象 者 | 35歳以上の 被保険者および被扶養者である配偶者 で
受検を希望される方(年度年齢で35歳以上の方が対象) |
| 2. 時 期 | 申 込 締 切 : 10月15日(水)
組合への提出期限 : 10月17日(金)
検体容器等配付 : 10月下旬
検 体 提 出 期 限 : 11月28日(金) |
| 3. 手 順 | 大腸検診の手順(別紙1)のとおり |
| 4. 検 診 費 用 | 全額 健康保険組合負担 |
| 5. 委 託 機 関 | 医療法人 福慈会 福慈クリニック
大阪市中央区南船場 2-1-3
電 話 06-4963-3205 |

上記対象外の方も受検可能です。(自費費用 大腸検診¥1,890)

自費の方には、結果と同時に振込み用紙が同封されております。

※ 申込みについては、電子(メール)での提出[Excel形式]を基本とします。別途郵送は不要です。
電子での提出が不可の場合のみ郵送での申込みを受付いたします。

電線工業健康保険組合メールアドレス densenkenpo@msa.biglobe.ne.jp

大腸検診の手順

手 順	関係者	方 法	時 期
1. 受検申込	希 望 者 事 業 所	- 希望者は 事業所 へ申し込んで下さい。 - 事業所は メール又は郵送で申込書を提出 〈メールで提出〉 densenkenpo@msa.biglobe.ne.jp 別紙2・3を作成しExcel形式で提出(事業所印不要) - ファイル名は「〇〇(事業所名).大腸検診」とし、パスワードを設定して下さい。(事業所記号or任意) - メールの件名は「大腸検診申込書」とする。 〈郵便で提出〉 別紙2・3作成し健保組合へ送付(事業所印必要)	申込期限 <u>10月 15日</u> 組合への 申込書提出期限 <u>10月 17日</u>
2. 受 付	健 保 組 合	・健保組合は受検資格を確認のうえ、「受検申込書」を委託機関へ送付します。	10月下旬
3. 器具送付	委 託 機 関	・委託機関は申し込み数に応じ「受検申込書」を添付して、「検査器具一式」を事業所へ送付します。	10月下旬
4. 器具配付	事 業 所	・事業所は「受検申込書」により「検査器具一式」を受検者に配付します。	11月初旬
5. 検体採取 と 検体送付	受 検 者	- 受検者は「問診票」、「健康調査票」及び「検体容器」に所定事項を記入のうえ、「説明書」の要領で検体を「検体容器」に採取します。 - 受検者はその「検体容器」を「検体袋」あるいは「検体ケース」に入れ、「問診票」及び「健康調査票」とともに「返信用封筒」に入れて、委託機関宛に郵送して下さい。	採取後、 できるだけ早く 郵送して下さい 検体の 提出期限 <u>11月 28日</u>
6. 結果送付	委 託 機 関	委託機関は検体を検査し、「検査結果」を受検者個人あてに郵送します。 ※自費で受検された方には結果送付時に請求書を同封します。	検査後 約2週間

「検査方法」

- 便潜血反応検査 2 回法

「検査器具一式」

- 検体容器、検体袋、説明書、問診票、返信用封筒

***検査結果につきましては、受検者あてに郵送いたしますので、問診票には必ず記号・番号、事業所名、住所の記入をしていただきますようご指導願います。**