

人間ドックなどを受診されていない方へ 自宅でできる「郵送検診」のお知らせ

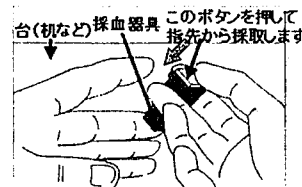


日頃は国保組合の運営に何かとご協力いただきましてありがとうございます。
皆様方の健康管理のお手伝いとして、昨年度及び今年度、人間ドックなどを受診されていない又は受診を予定されていない方を対象に、ご自宅で手軽にできる「郵送検診」を下記のとおり実施いたします。
忙しくて人間ドック等に行けない方などは、この機会に是非ご受診ください。

検査項目	対象年齢	検査方法	内容
大腸がん	35歳以上	便潜血検査	2日分の便を採取します。 (40歳代・50歳代の方には10月に検査器具を送付いたします。器具が届いた方は期日までにご受診ください。)
肺がん	35歳以上	喀痰細胞診	3日分のたんを採取し細胞を検査します。
歯周病	35歳以上	唾液検査	唾液中のヘモグロビンを測定します。
子宮頸がん	20歳以上 女性	①細胞診 ②細胞診とHPV検査	(注) 妊娠中の方は申込できません。 HPVとは子宮頸がんを引き起こすヒトパピローマウイルスです。
胃がんリスク	35歳以上	※血液検査	ピロリ菌感染の有無と胃の萎縮度がわかるペプシノゲンを測定し、胃の健康度を判定します。(☆参照)
前立腺がん	50歳以上	※血液検査	PSA(前立腺特異抗体)を測定します。(☆参照)

【血液検査の注意事項】

※胃がんリスク・前立腺がん検診は血液検査です。
※血液は、専用の器具を使って指先から採取します。特定の疾患の治療中で、特定の薬剤(ヘパリン・ワーファリン・ウロキナーゼ等)を服用し、止血機能が低下している方は、申込みできません。



↑血液採取の図

★次の方は正確な検査結果が出ないことがあります。

【胃がんリスク】 食道・胃・十二指腸疾患で治療中の方、PPI(潰瘍治療薬)を使用中の方、腎不全や腎機能の治療中の方、胃の切除を行った方。
【前立腺】 前立腺や泌尿器関連の疾患で治療中の方、特定薬物(抗男性ホルモン剤など)使用中の方、長年寝たきりになっている方。

記

1. 検診対象者：昨年度及び今年度、人間ドック(半日ドック・ミニドック)・巡回型検診を受診されていない又は受診を予定されていない組合員・被保険者。(対象年齢は上記表をご確認ください。)
2. 検診費用：全額国保組合が負担します。個人負担はありません。
3. 申込方法：右記申込書に必要事項を記入し、国保組合へ郵送またはFAX(075-251-0471)で送付してください。
4. 申込締切日：2025年10月15日(水)まで できるだけ早めにお申し込みください。
5. 器具の送付：問診票と検査器具がメスブ細胞検査研究所より郵送されます。ご家庭で説明書をよく読んで、問診票と採取した検体を返送用封筒に入れ返送してください。
6. 検体締切日：2025年11月28日(金)まで。
7. 結果通知：検診結果は検体到着後約2週間で個人宛に通知されます。
8. 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
検査方法などご不明な点がございましたらお問い合わせください。

注意 事項

上記1の検診対象者以外の方で受診を希望される方は、自己負担金をお支払いのうえご受診いただけますので国保組合までご連絡ください。

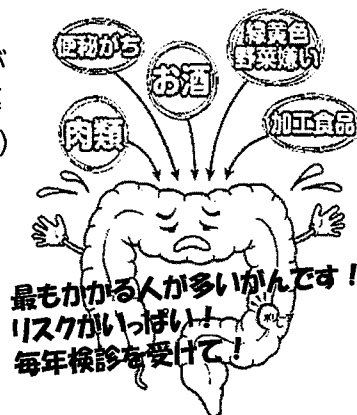
大腸がん

早くみつければ見つけるほど治りやすい！

今年度も、受診機会の少ない40歳代・50歳代の方には、10月に大腸がん検診の器具をご自宅に送付いたします。40歳以上の方は年に一度の大腸がん検診受診が厚労省により推奨されており、毎年検診を受診すると死亡率が70%低下すると発表されています。(厚労省研究班多目的コホート研究より)
今年度受診予定のない方は、ぜひお申込みください。



大腸がんは増え続けています！
毎年検診を受けて安心しましょう！



郵送検診は自宅にしながら検査が受けられます！



受診後も安心！

有所見の方には、受診者の方にあった病院をご紹介します。紹介状の作成(無料)も行っていますので、お気軽に検査機関にお問い合わせください。

キ リ ト リ

京都府酒販国民健康保険組合 御中
がん自己検診申込書

FAX : 075-251-0471
申込締切：2025年10月15日(水)

昨年及び今年、人間ドック等を受けていない方、受ける予定のない方はぜひお申込ください。必要事項を記入してFAXするだけです。



被保険者証記号番号	酒	0	-				
-----------	---	---	---	--	--	--	--

受診者氏名	住所および電話番号	生年月日 年齢・性別	希望する検診に ○をしてください
フリガナ	〒	西暦 年 月 日 () 歳 男 ・ 女	子宮 下記のどちらかを選択 (①細胞診・②細胞診HPV) 肺 ・ 大腸 ・ 胃 前立腺 ・ 歯周病
フリガナ	TEL() -	西暦 年 月 日 () 歳 男 ・ 女	子宮 下記のどちらかを選択 (①細胞診・②細胞診HPV) 肺 ・ 大腸 ・ 胃 前立腺 ・ 歯周病

< 注意事項 >

- ・昨年度及び今年度、人間ドック(半日ドック・ミニドック)・巡回型検診を受診されていない又は受診を予定されていない方が対象です。
- ・皆様の保険料で実施している事業ですので、申込みをされた方は必ずご受診ください。器具を受取後、何らかの事情で受診できない方は、酒販国保までご連絡ください。

< 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に限り利用します。また、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。個人情報の取扱いについて同意の上、お申込みください。