

任継者および家族 大腸がん検査（郵送便潜血検査）のご案内

任継者および家族 大腸がん検査（郵送便潜血検査）を以下のとおり実施いたします。

1. 対象者（受診日現在、健保加入者に限ります。年齢基準日：令和8年3月31日）

- ・ 35歳および40歳以上74歳以下の被扶養者
- ・ 35歳および40歳以上74歳以下の任意継続被保険者とその被扶養者

2. 検査期間

令和7年11月より令和7年12月17日

※11月6日頃に詳細案内および便検査キットを事業主またはご自宅へ郵送します。

※上記期間中に「便検査キット」を検査機関へご郵送ください。

3. 大腸がん検査（郵送便潜血検査の手順）

1. 事業主またはご自宅宛に「便検査キット」を郵送します。
2. **ご自身で採便後、「便検査キット」を検査機関へご郵送ください。**
3. 検査機関で検査を実施し、結果票をご自宅へ郵送します。

※検査結果が「要精密検査判定」の方へは後日、精密検査受診の確認をさせていただきます。

・ 検査機関：三友会 深川ギャザリアクリニック

4. 費用負担

自己負担はありません（全額、健保組合で負担します）。

《問合せ先》

HOYA 健康保険組合 担当：大池

電話：03-5913-2440 広域内線：21-1302