

被 保 険 者 様

紀陽銀行健康保険組合

「大腸ガン検診」の実施について

健康保険組合の疾病予防事業の一環として、下記のとおり「大腸ガン検診」を実施しますので、対象者は積極的に受診してください。

記

1. 申込方法
別紙「大腸ガン検診実施のお知らせ」のとおり、WEB 申込となります。
2. 検診対象者
35 歳以上の被保険者および 35 歳以上の被扶養者である配偶者
(年齢は令和 8 年度に 35 歳以上となる方)
3. 検診費用
健康保険組合で負担します。
ただし、検体の郵送料(140 円)は各自負担でお願いします。
4. 申込期間
令和 8 年 1 0 月 1 5 日(木)から 1 0 月 3 1 日(土)まで
5. 検体の送付期限
令和 8 年 1 1 月 3 0 日(月)(期限厳守)
期限を過ぎて送付された検体については判定されませんので、必ず期限までに送付してください。
6. その他
申込みをして採取器具の送付を受けたにもかかわらず、送付期限までに検体を送付されなかった方については、採取器具代 1,000 円を請求させていただきます。申込まれた方は忘れずに検体を送付してください。
なお、申込み後に、採取器具が届かない場合は、健康保険組合までご連絡ください。(採取器具が届くまでには、申込み後 2 週間程度を要します)

以 上

紀陽銀行健康保険組合(ダイヤル: 073-426-7138、内線: 80-200-2644~2648)