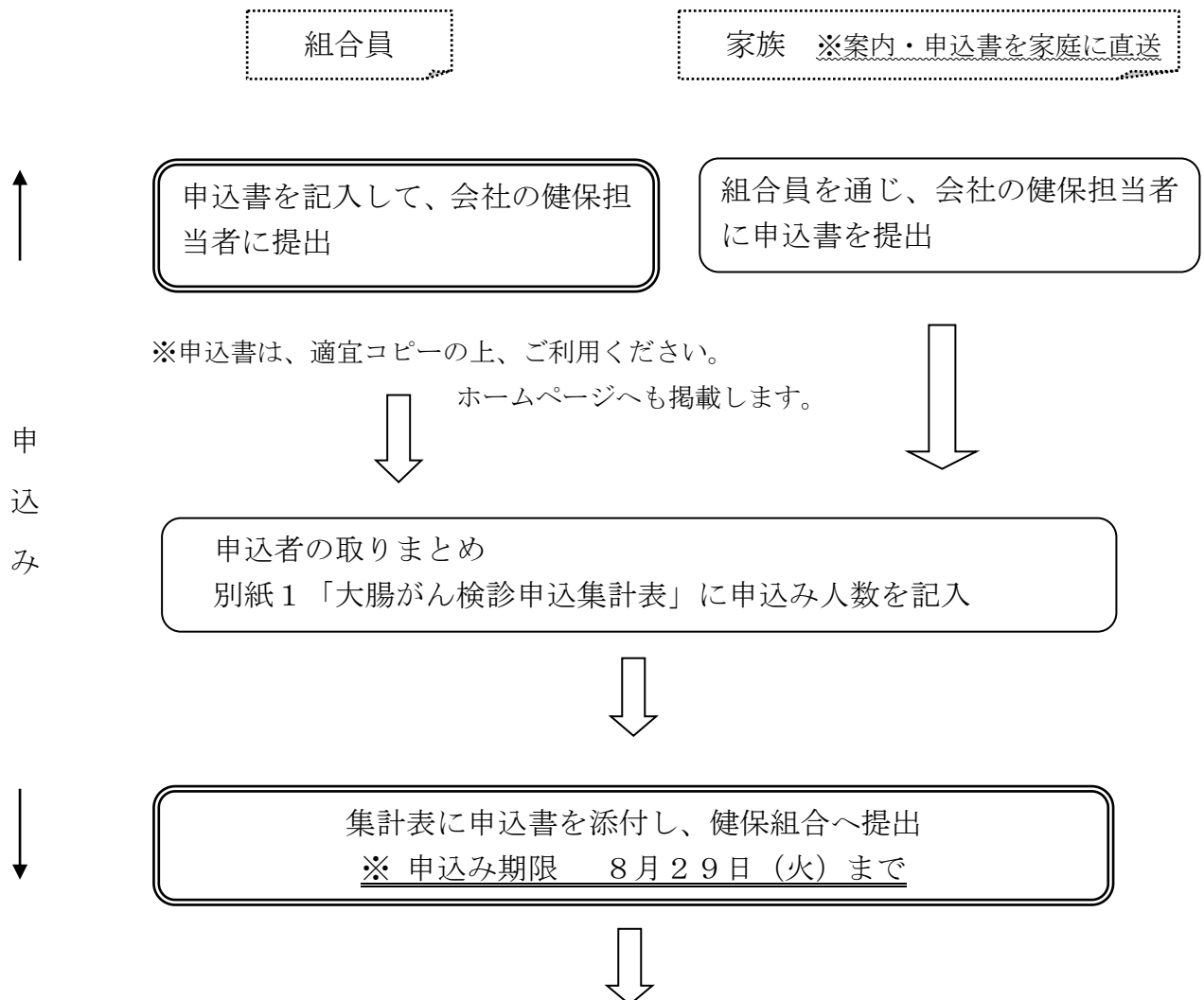
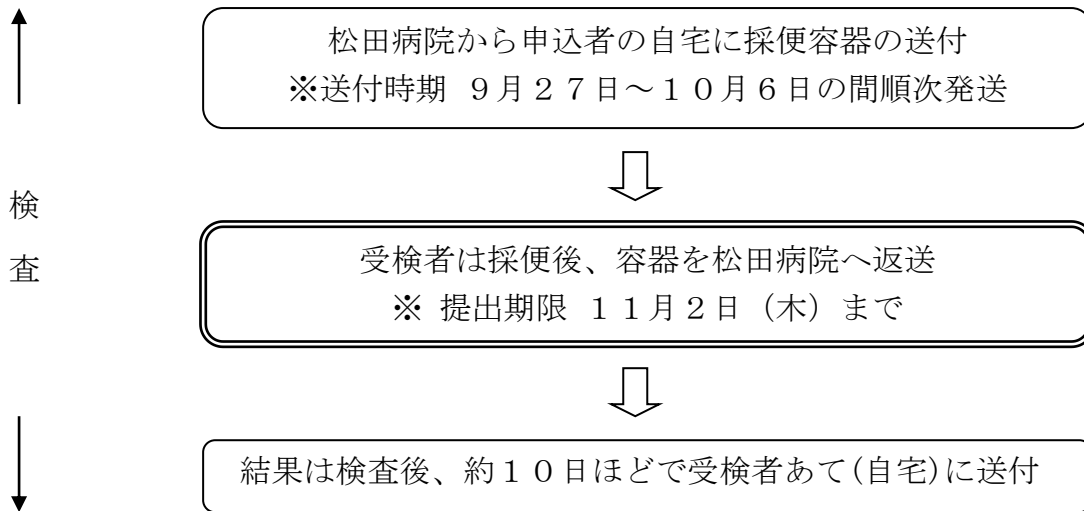


令和5年度大腸がん検診実施要綱

1. 実施対象 40歳（昭和59年3月31日以前の誕生者）以上の
組合員・家族（被扶養者に認定されている方）
2. 実施時期 令和5年9月27日～11月2日
3. 検査機関 医療法人 社団 ^{まつあいかい}松愛会 松田病院
浜松市西区入野町753番地 TEL 053-448-5290
4. 検査方法 便潜血反応法（郵送法）
5. 負担金 無料（検査費用1,180円全額健保負担）
6. 申込み等の流れ





※二次(精密)検査について

①保険診療となります。松田病院または、他の医療機関で受診してください。

②大井川以东の該当者には、協力医療機関のリストが添付されます。

7. 未受検者の取扱い 容器代として 500 円の請求が病院からありますので、予めご了承ください。
なお、未使用の容器を返却いただいても、容器代はご負担いただきますのでご注意ください。
8. 個人情報の取扱い 検査結果等の個人情報の保護については、法令に基づき厳守いたします。
また、個人情報は、検診事務及び検査後の保健指導のみに利用し、その他の目的では利用いたしません。
9. その他 実施要綱等をホームページに掲載しますのでご活用ください。

静岡県自動車販売健康保険組合

担当 総務課 小島

TEL 054-286-5295

FAX 054-284-3917

<http://www.sjkenpo.net>