

がん検診受診者各位

令和〇〇年〇〇月
会社名安全衛生 担当
健保組合 担当

がん検診の案内と精密検査受診勧奨（精検受診勧奨）について

下記の通りがん検診を行いますので、国の指針に基づくがん検診を参照して、申し込みをお願いいたします。

尚、がん検診については、要精密検査と判定された場合には、必ず精密検査（精検）が必要です。現在必ずしも精検受診率が高い状態ではありません。従って、健康保険組合の保健事業としてがん検診の結果を検診機関と共有し、健康保険組合からも精検受診勧奨事業（受診案内の連絡）を行います。当事業に同意される方は、2 ページ目の同意書を申込時に提出ください。

（尚、会社にはがん検診結果は共有されません）

記

- 1. がん検診の対象年齢と検査の方法：以下表を参照
- 2. 対象：精検勧奨事業に同意された方
- 3. 事業の内容：検査結果については、外部委託検診機関から各人に紙面等にて直接通知されますので精密検査が必要の判定の方は、医療機関（別紙：医療機関リスト）の受診をお願いします。さらに、精検受診の必要性のある方、特にレセプトにて未受診と思われる方には、健保組合から精密検査に関して連絡する場合があります。

（健保組合の個人情報保護に関する指針は健保のホームページを参照ください）
問い合わせ窓口 〇〇〇〇

表 国の指針に基づくがん検診

種類	対象者	検査	頻度
胃がん検診	50歳以上 (40歳以上)	胃部内視鏡検査 (胃部エックス線検査)	2年に1回 (1年に1回)
大腸がん検診	40歳以上	便潜血検査（2日法）	1年に1回
肺がん検診	40歳以上 <u>重喫煙者</u>	胸部エックス線検査 (喀痰細胞診)	1年に1回
子宮頸がん検診	20歳以上の女性	子宮頸部の細胞診	2年に1回
乳がん検診	40歳以上の女性	乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	2年に1回

がん検診 申込書兼同意書

以下のチェック欄にチェックをお願いします。

1. 健保組合の精密検査受診勧奨事業について

☐ 同意します

2. 以下に連絡先をご記入ください。

☐ 郵送

☐ メール（）

☐ LINE 等（）

☐ 同意しません

以上にて、がん検診の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____

（電子的にする場合は、アレンジして下さい）