

平成 23 年度 大腸がん検診事業実施要項

1 目的

大腸がんの発生原因の一つとして、食生活の欧米化（高脂肪、低繊維食）が指摘されている中、最近著しく増加している大腸がんの早期発見・早期治療に役立てるため、郵送方式による大腸がん検診事業を実施し、組合員の健康の保持・増進を図ります。

2 対象者

公立学校共済組合京都支部に所属する組合員で希望する者
（当該年度中の当支部が実施する「無料人間ドック検診事業」又は「一般人間ドック検診助成事業」の受診（予定）者を除く。）

3 実施機関

メスプ細胞検査研究所

〒604-0827 京都市中京区高倉通二条下ル瓦町 550 (TEL : 075-231-2230)

4 検査項目

免疫学的便へモグロビン検出法（金コロイド使用比色法：自己採取法＊2日法）

5 費用の負担

大腸がん検診を受診した場合に受診料の全額を助成します。

ただし、次の費用は、利用者の自己負担とします。

(1) ※	支部発行の「大腸がん検診利用券」を実施機関へ提出しない場合、検診料金の全額	検診料金 検診料金及び判定不能の場合の再検査料金	1,208円（税込） 2,415円（税込）
	(2) ※	検査器具を受領後、検体を返送しない場合、検査器具等の代金	検査器具の代金 756円（税込）
(3)	大腸がん検診事業と人間ドック検診事業を同一年度に重複して受診した場合		上記（1）又は（2）

※(1)及び(2)は、実施機関から代金が請求されますので、提出されない場合は、速やかにお支払い願います。

決定通知後は、実施機関から検査器具が発送されます。検査器具送付後は如何なる理由があろうと取り消す事はできません。（上記5(2)の自己負担が必要となります。）

6 利用手続

(1) 受診を希望される組合員は、[「大腸がん検診受診申込書」](#)（別紙様式1）に必要事項を記入・押印の上、所属所へ提出してください。

(2) 各所属所は、受診希望者を取りまとめ、「大腸がん検診受診申込書」に所属所長による証明を押印の上、「大腸がん検診受診申込書送り状」を添付して申込期限までに下記提出先へ送付してください。

※所属所長による証明印がない場合は、無効として扱います。

(3) 申込者に対し、所属所を通じて「大腸がん検診利用券」を配付します。

7 申込書提出先及び提出期限

各支所管内の所属所	平成23年11月18日（金） 支所必着
上記以外の所属所	平成23年11月18日（金） 支部必着

8 受診方法

- (1) 実施機関から検査器具が受診希望者の自宅あてに送付されます。（12月中旬以降）
- (2) 受診者は、検査器具を受取後、4週間以内を目途に採取後の検査器具を実施機関へ返送します。
 - （注1）説明書の指示に従い採取し、**採取後は、速やかに返送すること**
（検体の鮮度の関係から、1回目と2回目の間隔はできるだけ空けずに採取すること）
 - （注2）「大腸がん検診利用券」を添付しないときは、検診料金の全額が自己負担になります。
 - （注3）検体を返送しないときは、検査器具代等の料金は自己負担となります。
- (3) 実施機関から検査結果通知が密封の上、受診者の自宅あてに通知されます。

9 プライバシーの保護

受診申込書等に記載された個人情報は、受診資格の確認、実施機関からの検査器具等の送付及び検診費用の請求に利用されます。

(様式1)

大腸がん検診受診申込書

組合員証番号	
所属所名	
ふりがな 組合員氏名	
生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日 男・女
組合員住所 <small>※学校の住所に送付希望の場合には必ず学校名を記入すること。</small>	(〒 -) (TEL)
健診機関名	メスプ細胞検査研究所
※大腸がん検診の受診資格 平成23年4月1日から平成24年3月27日までの間、一般人間ドック又は無料人間ドックを受診していない(しない)公立学校共済組合京都支部に所属する組合員	
※個人情報の取り扱いに関する同意事項 本申込書に記載された個人情報を検体キットの送付のため、健診機関へ提供されることに同意します。 また、健診機関から共済組合への検診費の請求に利用されることに同意します。	
受診資格を満たしていますので、上記のとおり同意の上、申し込みます。 平成 年 月 日 公立学校共済組合京都支部長 様 組合員氏名 _____ 印	
上記の者は、平成23年度一般人間ドック又は無料人間ドックを受診していない(しない)ことを証明します。 平成 年 月 日 公立学校共済組合京都支部長 様 所属所名 _____ 所属所長名 _____ 印	