FAX 03-5420-8252

がん予防検査申込書 ’26

東北税理士協同組合

フリガナ		フリガナ		所属	
氏名 または 事務所名		ご担当社名			
所在地	アパート・マンション名、部屋番号をはっきりとご記入ください。 〒　　-	TEL	(　　)		
		FAX	(　　)		

容器送付先 支払い方法 (ひとつ選択)	☐ 個人宛容器送付 個人宛請求	☐ 会社宛容器送付 会社宛一括請求	・「個人宛容器送付・請求」の場合、各申込者に容器と払込票を送付します。 ・「会社宛容器送付・請求」の場合、会社ご担当者宛に容器と払込票を送付します。 ※ 容器送付先/支払い方法に☑がない場合は、個人宛に容器送付/個人宛請求といたします。

項目No　検査項目名	消費税込検査料金	件数	金額計
① **大腸がん検査(便潜血2日法)**	2,950円	件	円
② **子宮頸がん検査(HPV検査)**	4,990円	件	円
③ **胃検査(ペプシノゲン検査)**	3,560円	件	円

項目No　検査項目名	消費税込検査料金	件数	金額計
④ **胃検査(ピロリ菌抗体検査)**	3,560円	件	円
⑤ **前立腺がん検査(PSA検査)**	3,560円	件	円
合　計		**件**	**円**

受診者リスト（FAX 又は 郵送で申込書をご送付ください）

受診希望の項目を○で囲んでください

※受診者が多い場合は、本申込書をコピーしてお使いください。

	申込み者の情報をご記入（結果送付先住所はアパート・マンション名、部屋番号をはっきりとご記入ください。）				**検査項目**
1	フリガナ		送付先住所	〒　　—	1 大腸
	氏名				2 子宮
					3 ペプシノゲン
	生年月日	昭・平　年　月　日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください (　　)	4 ピロリ菌
	性別	男・女			5 前立腺
2	フリガナ		送付先住所	〒　　—	1 大腸
	氏名				2 子宮
					3 ペプシノゲン
	生年月日	昭・平　年　月　日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください (　　)	4 ピロリ菌
	性別	男・女			5 前立腺
3	フリガナ		送付先住所	〒　　—	1 大腸
	氏名				2 子宮
					3 ペプシノゲン
	生年月日	昭・平　年　月　日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください (　　)	4 ピロリ菌
	性別	男・女			5 前立腺

お問合せ・お申込みは

一般財団法人日本健康増進財団　郵送健診課

〒150-0013　東京都渋谷区恵比寿1-24-4

TEL　03-5420-8034　　FAX　03-5420-8252

上記の申込書に記載の個人情報は、容器・請求書送付、検査結果報告、それに伴う統計・分析、翌年の受診案内の範囲に限定されて使用されます。

年に1回　受診しましょう　【2026年度版】

ご自宅で受けられる がん予防検査

組合員ならびに組合事務所の職員 および家族の皆様へ

本年も皆様へ自宅で安全・簡単に受けられる
「郵送健診」をご案内いたします。
郵送健診はお忙しい方でも病院へ行かずに
自宅で手軽に行えるメリットがあり、
「早期発見・早期治療」につながる予防健診です。
この機会にぜひご利用ください。

この郵送健診は、医療機関が実施しますので 安心してご利用いただけます。

お申込期限　2027年2月26日(金)到着分まで

自宅で検体を採取して、送るだけ!!

STEP 1
申込書に記入
FAXにて申込み

STEP 2
ご自宅に
検査キット到着

STEP 3
採取した
容器を返送

STEP 4
約3週間後に
結果が届きます

東北税理士協同組合

1 検査項目・料金（消費税・送料込み）

①大腸がん検査（便潜血2日法）　料金 2,950円

2日分の便を採取して、便に混じったわずかな血液の有無を調べます。

肛門からの一時的な出血により、結果が陽性になることもありますが、大腸ポリープや大腸がん等の病気も否定できません。必ず精密検査を受けましょう。

②子宮頸がん検査（高リスクHPV検査）　料金 4,990円

自己採取により子宮の入口から細胞を拭い、HPVに感染しているか調べる検査です。

感染している場合、よりリスクの高い(16型・18型)かどうかもわかります。

注)女性のみ申込可、妊娠中の方はご遠慮ください。

③胃検査（ペプシノゲン検査）　料金 3,560円

胃がんとの関連性が高い胃粘膜萎縮の状態をチェックします。

定期的に胃の萎縮度をチェックしたい方におすすめです。

注）食道・胃・十二指腸疾患で治療中、経過観察の方、胃酸を抑える薬を服用されている方（H2ブロッカー、市販薬を除く）、胃を切除している方、腎機能障害の方は正しい結果が得られない可能性がありますので本検査のご利用をお控えください。

④胃検査（ピロリ菌抗体検査）　料金 3,560円

胃がんの主な原因であるヘリコバクターピロリ菌の有無をチェックします。

注）既にピロリ菌の除菌治療をされた方は正しい結果が得られない可能性がありますので本検査のご利用をお控えください。

⑤前立腺がん検査（PSA検査）　料金 3,560円

血液中のPSA値を測定します。PSAは前立腺に特異的で異常値の場合は効率的に前立腺がんを見つけることができます。

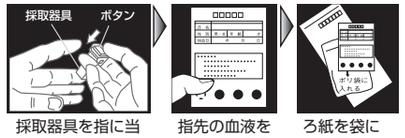
注）前立腺炎・前立腺肥大や前立腺の刺激によって高値を示すことがあるため、高値の場合は泌尿器科をご受診ください。

2 検査共通の特徴

①食事制限は一切ありません。
②病院等と同じ検査法を選び、検査精度の高いものを採用しています。
③自宅で手軽に安心して検査が受けられます。病院や検診会場に行くのが面倒という方、お忙しい方に最適です。
④検査結果は受診者個人宛に親展にて直接送付します(秘密が守られます)。

③④⑤の検査は自己採血(血液をろ紙に垂らす)となります

胃がん検査・前立腺がん検査の採取方法



採取器具を指に当て、血液を採る。　指先の血液を採血用ろ紙の上に垂らす。　ろ紙を袋に入れて送付。

3 実施要項　お申込期限　2027年2月26日(金)到着分まで

対 象 者　組合員ならびに組合事務所の職員および家族の皆様へ

申込方法　裏面の申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにて下記までお申込みください。

一般財団法人日本健康増進財団　郵送健診課
〒150-0013　東京都渋谷区恵比寿1-24-4　7F
TEL　03-5420-8034　**FAX　03-5420-8252**

申込から検査結果報告まで

・お申込み後、3週間以内に個人宛又は会社宛に検査容器を送付します。
申込書の容器送付先/支払い方法欄にて選択ください。

〇容器送付先 支払い方法

容器送付先 支払い方法 (ひとつ選択)	□ 個人宛容器送付 個人宛請求	□ 会社宛容器送付 会社宛一括請求

※お申込後、3週間を経過しても容器がお手もとに届かない場合は、念のためご連絡ください。
・容器が届きましたら、速やかに検体を採取し、専用封筒にて容器をご返送ください。
・検査料金は同封の払込通知票にてお振込ください。会社でまとめてお支払いの場合は、申込書の「会社宛に容器送付/会社一括請求」に☑してください。

組合員ならびに組合事務所の職員および家族の皆様へ

①お申込 →
← ②容器・問診票・払込通知票を送付
③容器・問診票返送/料金お振込 →
← ④申込本人宛に結果報告

日本健康増進財団

〇検査機関　一般財団法人日本健康増進財団
恵比寿ハートビル診療所（恵比寿健診センター）

上記検査機関は医療機関でもあり、守秘義務を負っています。
受診者の氏名・住所の他検査結果等の個人情報のセキュリティ対策には万全を期しています。

〇結果報告

・採取済容器のご返送後、約3週間ほどで<u>受診者個人宛に検査結果を親展にてご報告します。</u>
・尚、報告書のお届け日は項目によって前後することがございますのであらかじめご了承ください。
・所見のあった方には、診療所長名で「診察お願い文書」を同封しますので、それを持って専門医にご相談下さい。

ご 注 意

〇すでに検査容器一式を発送手続き済みの場合は、キャンセルを承ることができません。お申込みの検査料金をお支払いいただきます。
〇検査容器一式を送付後、3ヶ月以内に受診されなかった場合は、自動的に不実施扱いとなり、検査料金は返金いたしませんのであらかじめご了承ください。