

淡健発第 1268 号
令和 5 年 8 月 8 日

事業主様

ご担当者様

東淀川健康保険組合
(公印省略)

胃がん・大腸がん検診実施のご案内

大暑の候、貴社におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当組合の疾病予防事業にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本年度も下記要領にて胃がん・大腸がん検診を実施いたします。大腸検診につきましては、地方の被保険者の皆様にも受診していただけるよう、郵送方式をとっておりますのでご利用ください。

<実施要領>

(1) 実 施 日 : ◆巡回割当日：令和 5 年 10 月 12 日（木）、13 日（金）、16 日（月）
(計 7 日) 17 日（火）、18 日（水）、19 日（木）
20 日（金）

※原則午前中に実施

◆ケンポ会館：令和 5 年 11 月 1 日（水）～2 日（木）
(計 2 日) 午前 8 時 00 分～11 時 30 分

(2) 実施場所 : ケンポ会館および指定事業所
(※胃の検診受診者が 20 名以上の場合、巡回いたします。)

(3) 対 象 者 : 35 歳以上の被保険者
(※35 歳未満でも受診可能ですが、健保からの補助はありません。)

(4) 費 用 : 胃 検 診（胃部 X 線検査） 2,000 円（受診者負担額）
大腸検診（便潜血 2 回法） 500 円（受診者負担額）
(※検診料は健診機関より後日一括請求させていただきます。)

(5) 健診機関 : 大阪健康俱乐部 小谷診療所

(6) 申込方法 : 別紙「胃がん・大腸がん検診申込書」に必要事項をご記入のうえ、FAXでお申し込みください。

申込書は東淀川健康保険組合ホームページからもダウンロード出来ます。

※申込書は、直接健診機関（小谷診療所）にお送りください！

(小谷診療所 FAX : 06-6386-3992)

(7) 申込期間 : 令和5年 8月 8日（火）～ 9月 8日（金）（※必着）

胃（胃カメラ・胃エックス線）大腸（便潜血）検診を独自で受診された方は、下記書類をご用意のうえ、補助金申請を行って下さい。※全額自費の受診に限ります。

① 必要書類 : 胃がん又は大腸がん検診補助金申請書、検診結果コピー、領収書コピー、受診者一覧表（複数名の場合）、通帳のコピー（個人振込のみ）

② 補助金額 : 【胃検診】
実費額 11,000 円以上の場合 ⇒ 一律 9,000 円を補助
実費額 11,000 円未満の場合 ⇒ 自己負担 2,000 円を引いた残額を補助
【大腸検診】
実費額 1,650 円以上の場合 ⇒ 一律 1,150 円を補助
実費額 1,650 円未満の場合 ⇒ 自己負担 500 円を引いた残額を補助

※補助金制度については、健保組合総務課（06-6322-0152）までお問い合わせください。

ご不明な点がございましたら、大阪健康俱乐部 小谷診療所までお問い合わせください。

TEL : 大阪健康俱乐部 小谷診療所 06-6386-1651（平日 10:00～17:00）

以上