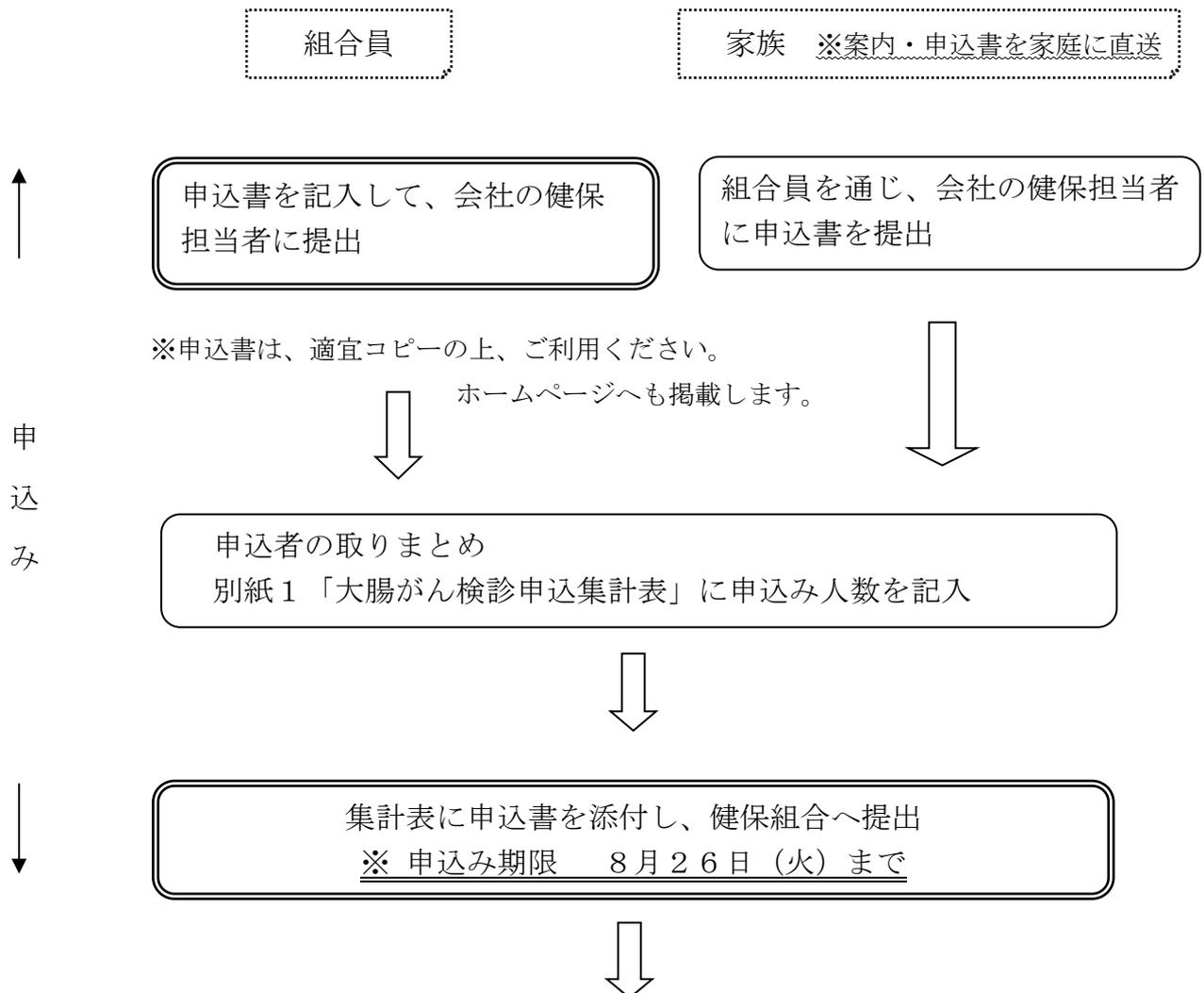
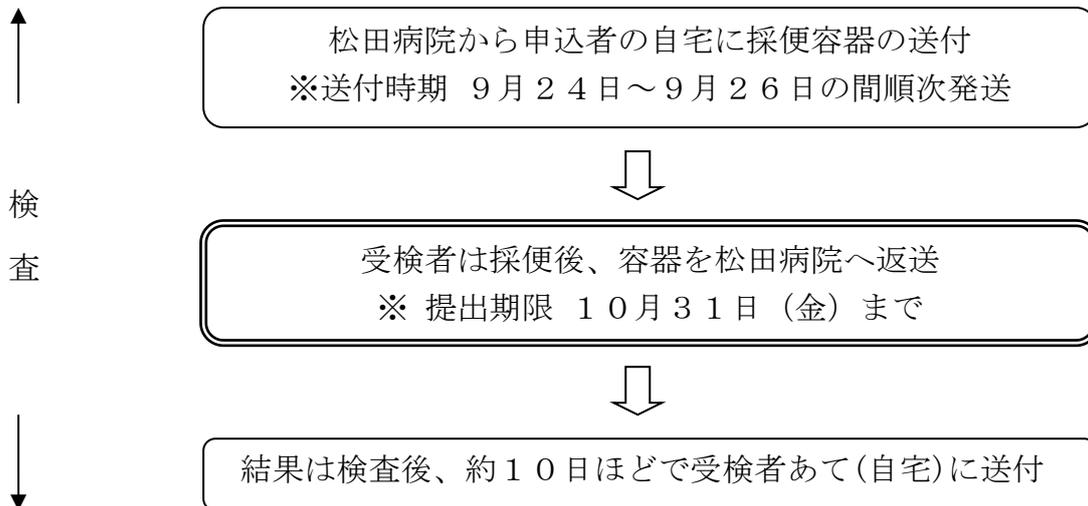


# 令和7年度大腸がん検診実施要綱

1. 実施対象 40歳（昭和61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7年9月24日～10月31日
3. 検査機関 医療法人社団<sup>まつあいかい</sup>松愛会 松田病院  
浜松市中央区入野町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>