

自宅で手軽に  
受けられる!

住友不動産販売健康保険組合

# 郵送検査のご案内

2024年10月

当健康保険組合では、下記要領により郵送検査を実施いたします。  
郵送検査は、自宅で簡単に受診できます。ご自身の健康状態を把握するためにもぜひこの機会をご利用ください。ご希望の方は必要事項をご記入のうえ、(株)あまの創健へお申込みください。

## 対象者

20～39歳の被保険者及び被扶養配偶者

## 検査項目

1. 大腸がん検査(2日法)
2. 胃がん検査(ペプシノゲン)

## 申込方法

下記 URL か右記 QR よりお申込みください。WEB で申込できない場合は申込書に必要事項をご記入のうえ、(株)あまの創健へお送りください。

[https://ec.kenkoujin.jp/jwa/JWA101/JWA101\\_001/Init/eb9949d26000a01a57bbd827966bdf71](https://ec.kenkoujin.jp/jwa/JWA101/JWA101_001/Init/eb9949d26000a01a57bbd827966bdf71)



## 申込締切日

2024年11月18日(月) 必着厳守

## 費用

全額健康保険組合で負担します。

お申込み後はキャンセルできません。  
お申込みされた場合は必ず検査を実施してください。

## 実施要領

お申込みされた方には、検査容器をご自宅へお届けします。  
検査は速やかに行ってください。

## 検査機関

大腸がん検査：(一社) 半田市医師会健康管理センター  
胃がん検査：日本医学株式会社

## 検体提出締切日

2024年12月31日(火) 必着厳守

検体受付期日を過ぎますと検査結果をお返しできません。

## 取扱業者・お問い合わせ先

検査容器の再発行や検査に関するお問い合わせは、下記のフリーダイヤルまでご連絡ください。なお、返送された検体で検査ができず容器を再発行する場合には検査結果と前後してお手元に届く場合があります。

## 結果通知

検体提出から約4週間後に  
《検査結果》を検査機関から  
ご自宅へ郵送します。

自宅でできる、  
早期発見。



## 株式会社あまの創健

〒461-0001 名古屋市東区泉二丁目20番20号

☎0120-88-1216 午前9時～午後4時(祝日を除く月～金)



個人情報の取り扱いについて

※お申込みの際にご記入いただきますお客様の情報は、プライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、郵送検査以外の目的で使用することはありません。

## 郵便による 検査の流れ



検査項目の  
決定  
検査  
お申込み

検査容器  
受付票到着

ご自身で  
検体を採取し、  
容器に入れる

返信封筒にて  
返送

検査

自宅へ検査  
結果等到着  
(約2週間後)

※陽性の結果が出た方は精密検査を受診してください。なお、その場合の費用は保険適用にならない場合があります。



## 大腸がん検査(2日法)

大腸がんの初期所見の一つとされている微量の出血がないかどうかを極少量の便を採取して調べます

検査機関：  
(一社) 半田市医師会健康管理センター



## 胃がん検査

少量の血液を採取し、ろ紙に4ヶ所染み込ませます。タンパク質消化酵素のもとになるペプシノゲンIとIIの比を測定することで胃粘膜の萎縮性変化(粘膜が薄くなっていくこと)を検査します。

検査機関：  
日本医学株式会社

# 郵送検査申込書

住友不動産販売健康保険組合

申込締切日 2024年11月18日(月) 必着

フリガナ		健康保険被保険者証記号		健康保険被保険者証番号	
被保険者名					
所属		電話番号			

申込人数	人	検査セット送付後、受診者の変更はできません	※記号・番号は、保険証のお名前の上の数字番号を転記してください。
------	---	-----------------------	----------------------------------

0. 被保険者	1. 被扶養者（配偶者のみ）	いずれかに○を付けてください				
フリガナ		性別	生年月日			
受診者名		1.男・2.女	西暦	年	月	日生（歳）
フリガナ						
検査セット送付先住所	※団地、アパート等は、棟・部屋番号まで記入してください		電話番号	※連絡のとれる番号をご記入ください		
検査項目	ご希望の検査項目に○を付けてください。					
	① 大腸がん検査（2日法）		② 胃がん検査（ペプシノゲン）			

0. 被保険者	1. 被扶養者（配偶者のみ）	いずれかに○を付けてください				
フリガナ		性別	生年月日			
受診者名		1.男・2.女	西暦	年	月	日生（歳）
フリガナ						
検査セット送付先住所	※団地、アパート等は、棟・部屋番号まで記入してください		電話番号	※連絡のとれる番号をご記入ください		
検査項目	ご希望の検査項目に○を付けてください。					
	① 大腸がん検査（2日法）		② 胃がん検査（ペプシノゲン）			

→ 切り取って封筒に貼ってお使いください

※お申込み内容で不明な点がございましたら、  
（株）あまの創健より直接お問い合わせさせていただく  
場合がございます。

※申込書の送付にかかる郵送料はご負担願います。

〒461-0001  
名古屋市東区泉二丁目20番20号  
（株）あまの創健 郵送検査窓口  
住友不動産販売健康保険組合 係