

大腸がん検診（大腸カメラ）のご案内

共愛会健康保険組合

対 象 者 : 共愛会健康保険組合の被保険者
40歳以上74歳までの方（年齢基準日：令和8年3月31日）
受診期間 : 令和7年度内（利用回数はお1人年度内1回とします）
費 用 : **無料**【共愛会健康保険組合負担】
受診場所 : 戸畑共立病院
申込方法 : 下記の申込書を共愛会健康保険組合へ送付（メール・FAX可）
申込期間 : **令和7年度中**

受診の流れ

- ①受診希望者は共愛会健康保険組合へ下記の申込書を送付
- ②共愛会健康保険組合より申込者へ『大腸がん検診受診券』を配布
- ③『大腸がん検診受診券』が届いたら戸畑共立病院 健診センターへ各自で予約（**内線番号：8112**）
- ④検診日に『大腸がん検診受診券』を持って健診センターへ
（『大腸がん検診受診券』がない方は受診できません）

※ご不明な点は、共愛会健康保険組合までご連絡ください。（内線番号：6007）

キ

リ

ト

リ

共愛会健康保険組合 行

大腸がん検診受診希望申込書

申込日 令和 年 月 日

↓番号は職員番号と同じです

記 号	-	番 号	所 属 部 署
受 診 者 氏 名	生 年 月 日		
	昭和 平成 年 月 日		

健診結果は健診センターから共愛会健康保険組合に送付することに同意します。

健 保 記 入 欄

健 保 受 付 日
令和 年 月 日
受 診 券 送 付 日
令和 年 月 日

常務理事	係 員	係 員