

肺がん検診（低線量CT検査）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9年3月31日）
受診期間：令和8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8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『肺がん検診受診券』をグループセッションで送付
- ③『肺がん検診受診券』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『肺がん検診受診券』を持って健診センターへ
（『肺がん検診受診券』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

肺がん検診受診希望申込書

申込日 令和 年 月 日

職 員 番 号	受 診 者 氏 名

受診券はグループセッション（ショートメール）で送付します。
各自で印刷してご利用ください。

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