

## ◆郵送方式によるがん検査・歯周病リスク検査

### 【検査内容・対象年齢・費用負担】

・大腸がん検査	・・・満30歳以上、受診者負担	¥500
・子宮頸がん検査〔細胞診検査〕	・・・満20歳以上、受診者負担	¥1,000
・子宮頸がん検査〔ウイルス検査〕	・・・満20歳以上、受診者負担	¥2,000
・ピロリ菌検査	・・・満30歳以上、受診者負担	¥1,500
・歯周病リスク検査	・・・満30歳以上、受診者負担	¥1,000

☆受診目安☆ 大腸がん、子宮頸がん、歯周病リスク検査・・・1年毎、ピロリ菌検査・・・過去に検査を受けたことがない方

【対象者】 リンナイ健康保険組合に加入している被保険者(社員)および被扶養者(家族)

※対象年齢に満たない場合、全額自己負担で受診可能です。

<対象外> ・リンナイ健康保険組合 未加入者

・受診年度と同年度に定期健康診断・人間ドック・レディース検診にて上記検診を受けた方あるいは受ける予定の方

※リンナイ(株)およびリンナイ精機(株)では40歳以上の方を対象に定期健康診断時に「大腸がん検査(便潜血検査)」を実施しています。

・過去に当健保が実施する郵送検診にてピロリ菌検査を受けた方

【申込方法】 Web 申込、または郵送検査受診申込書にて申込

【申込期間】 毎年10月15日～11月30日 リンナイ健康保険組合 必着

【受診期間】 毎年11月1日～12月25日 消印分まで受付可

【支払方法】 受診年の翌年1月給与にて天引き(申込者全員)

※退職予定で給与天引できない方はリンナイ健康保険組合までご連絡ください。

※関連会社社員の方は、各社の労務担当者にご確認ください。

※申込された方は受診する・しないにかかわらず受診費用を徴収いたします。

以上