自分は大丈夫!と思っていませんか?

大腸がんは早期発見・早期治療が大切

— 早期発見・早期治療ならほぼ治ります—

■ 大腸がんは誰にでもかかるリスクがあります。

近年、食生活が欧米化し、特に食物繊維不足等により
腸内環境が悪化し、がんが発生すると言われています。

▶最新の予測

がん罹患者数		第 1 位
がんでの死亡原因	女性	第 1 位
	男性	第 2 位

出典:国立がん研究センターがん情報サービス2023年のがん統計予測

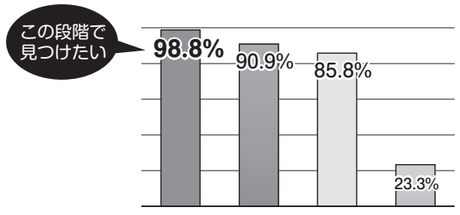
検査は簡単!
便を採取し
ポストに投函するだけ!

■ 大腸がんは、早期発見・早期治療でほぼ治る病気です。

大腸がんは、早期のステージ1で発見され、
治療されると生存率は98.8%
進行したステージ4の発見では、23.3%に。

早く見つけて、早く治す。
これに勝る「治療法」はありません。

ステージ1:がんが大腸の壁(固有筋層)までにとどまるもの
ステージ2:がんが大腸の壁(固有筋層)を超えて浸潤するもの
ステージ3:リンパ節への転移を認めるもの
ステージ4:多臓器への転移を認めるもの



全がん協　部位別臨床病期別5年相対生存率
(2011-2013診断症例)

■ 早期の大腸がんには自覚症状がほとんどありません。だからこそ、検診が大切です。

【注意事項】
・郵送検診は自覚症状のない方を対象にしています。すでに自覚症状や気になることがある方は医療機関をご受診ください。
・郵送検診はスクリーニング検診(一次検診)であり、検診結果は病名を診断するものではありません。「要精密・陽性」の結果が出た場合は、速やかに医療機関を受診されることをお勧めします。
・郵送検診の検査結果のみで病名を判断できるものではありません。「異常なし・陰性」の結果の方も、自覚症状や気になることがある方は医療機関を受診されることをお勧めします。

キ リ ト リ

料金受取人払郵便
中京局承認
9005
差出有効期間
2026年3月31日まで
(切手不要)

373

郵便はがき

6040875550

京都市中京区高倉通二条下る瓦町550
メスプビル内
メスプ細胞検査研究所
行

結果が有所見であった方は、必ず精密検査を受けましょう。

受診者の方にあった
適切な病院をご紹介
します。
紹介状の作成も
いたします。(無料)

特定健診受診対象者の皆様へ
ヤンマー健康保険組合より

大腸がん検診
(便潜血検査)のご案内

Web申込み⇨
こちらから
<申込み用QRコード>

2025年5月

無料

自宅で簡単・便利

検査が自宅にやってくる!

忙しくて検診を受けてない
採取するタイミングが難しい
病院に行くのが面倒!
という方におすすめです。

平素は、健康保険組合の事業にご理解とご協力をいただきましてありがとうございます。
健康保険組合では、皆様の健康管理のお手伝いとして、ご自宅でお受けになれる「大腸がん検診」を下記要領で実施いたします。この機会に是非受診されますようお勧めいたします。

＊個人情報の取扱いについて：受診する方の個人情報は本検診を提供する目的に限り利用します。また、受診する方の個人情報を事前の承諾等を得ず第三者に提供・開示することはありません。検査結果は報告書として健康保険組合に提出されます。

【記】

1. **検査の対象者**　満40歳以上の被扶養者様(家族)及び任意継続被保険者様(本人)。
※他の検査機関で、大腸がん検診(便潜血検査)を受診された方は郵送検診はご利用できませんので、ご了承願います。

2. **検査費用**　健康保険組合が負担します。

3. **検査の流れ**

申し込む 8月31日まで(消印有効) → 約2週間で自宅にキットが届く → 検体を採取して送る 11月30日まで(消印有効) → 約2週間で自宅に結果が届く →
- 所見なし: ・今後も定期検診
- 所見あり: 病院へ(・紹介状の作成 ・相談受付)

4. **検査機関(申込書送付先)**　〒604-0827　京都市中京区高倉通二条下ル瓦町550　メスプビル内
メスプ細胞検査研究所(京都府登録衛生検査所第38号)　FAX:075-211-7400 TEL:075-231-2230

簡単!
都合のいい時に
自宅で検査できます。

以下のいずれかでお申込みください。

スマホから　QRコード読みとり

郵便から　ハガキを切りとり郵送

FAXから　この面をFAX

キ リ ト リ

年　月　日

メスプ細胞検査研究所宛
大腸がん検診申込書

↓健康保険証、マイナポータル、資格情報のお知らせ等で確認してください。

保険証記号番号　記号　番号　枝番

※記入枠にケタ数が足りない場合は、右づめでご記入ください。

申込締切日
2025年8月31日(日)

受診者氏名	住所・電話番号 ー	生年月日・年齢・性別	続柄
フリガナ	〒 TEL (　　) ー	西暦　年 月　日 (　歳)男・女	本人・家族

(注) 1. 記入漏れのある申込書は、お取り扱いできません。
2. 個人情報の取扱いについて同意の上、お申込みください。

ヤンマー健康保険組合373