

令和7年5月

当健保組合では、被保険者及び被扶養者である配偶者を対象に下記要領により郵送検査を実施いたします。定期的に検査を受けることが早期発見・早期治療の決め手になります。郵送検査は、自宅で簡単に受検できます。この機会に受検され、ご自分の健康保持・増進に努められますようお願い申し上げます。

この検査はスクリーニング検査です。陽性判定であってもがんとは限りませんが、医療機関等で受診することをお勧めします。

対象者

被保険者及び被扶養者である配偶者

費用

全額健康保険組合で負担します。但し、お申込み後に受検しなかった場合には、本人負担となる場合があります。お申込み後のキャンセルは、お受けできませんのでご注意ください。

申込方法

申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵便でお申込みください。**WEBでの申込が出来るようになりました。**

申込締切日

令和7年7月11日(金) 必着厳守

検体郵送締切日

令和7年9月26日(金) 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。

検査機関・問い合わせ先

H.U.POCKeT株式会社
〒191-8790 東京都日野市新町5-4-2
☎0120-82-1213
通話料無料(携帯・PHSからもOK)
9時~17時15分(土・日・祝日を除く)

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け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。

三菱地所健康保険組合の皆様へ

郵送検査のご案内



選べる3つの申込み方法

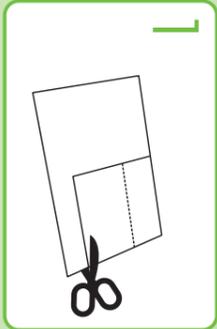


WEBでお申込み
申込書のQRコードまたはURLより申込フォームに必要事項をご入力後、送信をしてください。
<https://3ix3s.form.kintoneapp.com/public/2025-mitsubishijishiyokenpo-hupocket>



郵送でお申込み
申込書に必要事項をご記入後、キリトリ線に沿って切り離し、封筒に組み立て、ポストに投函してください。(切手不要)

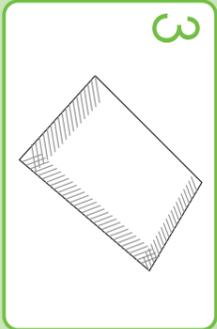
封筒の作り方



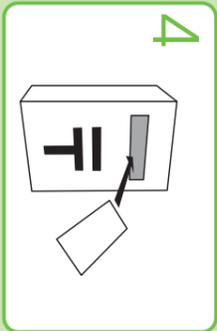
1 申込書をキリトリ線で切り取ります。



2 用紙の「のりしろ」のりを付けてください。
Check ※のり付けをする前にもう一度、申込内容をご確認ください。



3 申込欄が内側にくるように真中から2つ折りにしてはがれないよう貼り付けます。



4 ポストに投函してください。(切手は不要です)



FAXでお申込み

申込書に必要事項をご記入後、キリトリ線に沿って切り離し、申込書ページに記載されているFAX番号に送信してください。

番号をご確認の上、送信してください。
FAX送信先 0800-919-0335

年に一度は必ず検査を受けましょう。



1918790



料金受取人払郵便
日野局承認
1649
差出有効期間
2027年1月7日まで
(切手不要)

東京都日野市新町5-4-2
H.U. POCKeT株式会社 行

三菱地所健康保険組合郵送検査申込書
令和7年7月11日(金) 必着

検査機関・問い合わせ先

H.U.POCKeT株式会社
〒191-8790 東京都日野市新町5-4-2
☎0120-82-1213

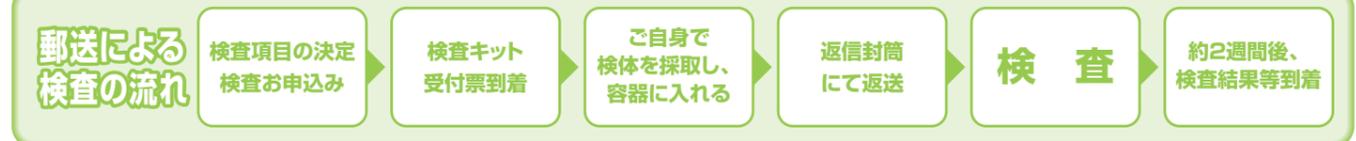


コールセンターで、検査後のアフターケアも万全です。効果的なセルフメディケーション実現をお手伝いいたします。

コールセンターがお客様のお問い合わせに万全のサポート。

コールセンターでは、お客様のさまざまなお問い合わせに対し、いつでも安心してご相談いただけるように、最新の情報・高いレベルでの専門知識を補完するよう努めるとともに、オペレーターは、商品知識やサービスにおいて、きめ細やかなコミュニケーションを常に心がけております。

☎0120-82-1213 通話料無料(携帯・PHSからもOK)
受付時間: 9:00~17:15(土・日・祝日・年末年始を除く)



※お申込み者の健康管理の一環として、陽性・リスクの高い方へ精密検査の勧奨(アンケート)をおこないますのでご協力ください。

郵送検査の内容

ご希望の検査項目をお選びください。

無料(健保負担)

ご希望の項目を選んで検査することができます。尚、この検査はご自宅で簡単にできますので、この機会に検査され早期発見、早期治療に役立てられることをお勧めいたします。

1 ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査)

胃がんの原因!!

ヘリコバクター・ピロリ菌は、経口感染するといわれており、胃がんの原因となる菌です。尿中に存在するヘリコバクター・ピロリ菌抗体を検出することにより、現在あるいは過去に、ヘリコバクター・ピロリ菌に感染しているかどうかを調べます。日本で感染している人は少なくとも3,000万人以上といわれ、特に50代以上の人で感染している割合が高いとされています。



- 検査対象外**
- 除菌治療中及び治療後の方
 - 生理中の方(検査のタイミングをずらせば可能)

| | |
|------|----------------|
| 検体物 | 尿(自己採取) |
| 検査内容 | ヘリコバクター・ピロリ菌抗体 |

3 ヒトパピローマウイルス検査 +乳房自己検診グローブ

NEW

子宮頸がんの原因ウイルスを検査

ヒトパピローマウイルス(HPV)は、性的接触のある女性であれば50%以上が生涯で一度は感染するとされている一般的なウイルスです。子宮頸がんをはじめとした多くの病気の発生に関わっています。HPV検査を行うことで早期に感染リスクを知ることができます。また、乳房自己検診グローブを使って、乳がんのセルフチェックをしてみましょう。



- 検査対象外**
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方
 - 現在婦人科でなんらかの治療を受けている方(過去に婦人科の治療手術を受けたことがある方は専門医に相談してからご使用ください)
 - 子宮を完全に摘出している方

| | |
|------|--------------|
| 検体物 | 膣内細胞(自己採取) |
| 検査内容 | HPV-DNA、自己検診 |

5 腸内環境検査

尿中の有害物質を調べます

尿中のインドキシル硫酸を測定します。腸内環境が悪化すると腸内細菌が作る有害物質が増え、その結果尿中に出てくるその濃度も上昇します。この有害物質の1つであるインドキシル硫酸を測ることで、現在の腸内の環境を知ることができます。



- 検査対象外**
- 慢性腎臓病、あるいは腎機能が低下していると診断された方

| | |
|------|------------|
| 検体物 | 尿(自己採取) |
| 検査内容 | 尿中インドキシル硫酸 |

2 大腸がんリスク検査(2日法)

便に混ざる血液を検査

消化管からの出血による便中のヘモグロビンとトランスフェリンを測定します。大腸がんは早期の段階では自覚症状はほとんどなく、代表的な症状として「便に血が混じる」ことがあり、よく痔(じ)などの出血と勘違いをされてしまいますが、出血が続く場合は要注意です。



- 注意**
- 大腸以外の血液が混入すると正しい検査ができなくなります。
 - 生理中の方は終了後2週間経過してから採取ください。

- 検査対象外**
- 大腸がんと診断、治療されている方
 - 大腸の病気で、病院にかかっている方

| | |
|------|---------|
| 検体物 | 便(自己採取) |
| 検査内容 | 便潜血反応 |

4 骨粗しょう症リスク検査

調べたことはありますか?女性の健康維持、増進に

尿中のデオキシピリジノリン(骨コラーゲンに含まれる物質)量を測定することにより骨の吸収状態(古くなった骨が分解される状態)を調べ、骨粗しょう症のリスクを調べます。



- 検査対象外**
- ホルモン治療中の方
 - 腎機能に問題のある方
 - 成長期の方
 - ステロイド剤服用中の方
 - 妊娠・授乳中の方
 - がん罹患中の方

| | |
|------|---------|
| 検体物 | 尿(自己採取) |
| 検査内容 | 骨吸収マーカー |

6 歯周病リスク検査

オーラルケアのモチベーション維持に

歯周病とは、歯の周囲に細菌が侵入して、歯内に炎症を起こし、歯の周りの組織を破壊していく細菌感染症です。歯周病原菌が作り出す酵素活性を測定して歯周病であるかを検査します。早い時期に気付いて、歯科医院で治療することが大事です。この歯周病リスク検査は高い感度と特異性で口腔内の状態を手軽にチェックすることができます。



- 検査対象外**
- すべて歯の無い方

| | |
|------|---------------|
| 検体物 | 舌ぬぐい液(自己採取) |
| 検査内容 | 歯周病原菌の酵素活性を測定 |

※検査キットは、予告なく変更することがあります。

FAX送信先 0800-919-0335

FAX送信方向

三菱地所健康保険組合

郵送検査申込書

402 04920000-1 販売会社用QR

| | | |
|-----------|------------|------------|
| フリガナ | 健康保険被保険者証記 | 健康保険被保険者証番 |
| 被保険者名 | | |
| 会社名及び事業所名 | 電話番号 | |



※記号・番号は、保険証のお名前の上の数字番号を右詰めで転記してください。(注意:この番号ではありません→06-135917)

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。

| | | |
|------|---|-------------------|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 |
| 受検者名 | 1.男・2.女 | 西暦 年 月 日生 (歳) |
| フリガナ | 〒 - 都・道 府・県 | |
| 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 | ※連絡のとれる番号をご記入ください |
| | 電話番号 | |
| 検査項目 | ご希望の検査項目を <input type="radio"/> で囲んでください。 | |
| | 1.ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査) | 2.大腸がんリスク検査(2日法) |
| | 3.ヒトパピローマウイルス検査+乳房自己検診グローブ | 4.骨粗しょう症リスク検査 |
| | 5.腸内環境検査 | 6.歯周病リスク検査 |

| | | |
|------|---|-------------------|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 |
| 受検者名 | 1.男・2.女 | 西暦 年 月 日生 (歳) |
| フリガナ | 〒 - 都・道 府・県 | |
| 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 | ※連絡のとれる番号をご記入ください |
| | 電話番号 | |
| 検査項目 | ご希望の検査項目を <input type="radio"/> で囲んでください。 | |
| | 1.ピロリ菌検査(尿中ピロリ抗体検査) | 2.大腸がんリスク検査(2日法) |
| | 3.ヒトパピローマウイルス検査+乳房自己検診グローブ | 4.骨粗しょう症リスク検査 |
| | 5.腸内環境検査 | 6.歯周病リスク検査 |

※FAX受付時、裏面送付・途切れ・その他不鮮明などにより、受付できない場合がございますので、予めご了承ください。

WEBでお申込み

URLかQRコードより必要事項をご入力の上、お申込みください。

WEB申込URL: <https://3ix3s.form.kintoneapp.com/public/2025-mitsubishijisyokenpo-hupocket>

