

令和6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、自宅で簡単に受診できます。この機会に受診され、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、お申込み後に受診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6年7月5日(金)必着厳守

検体郵送締切日

令和6年8月9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・お問い合わせ先

H.U.POCKeT株式会社
〒191-0002 東京都日野市新町5-6-7
☎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)

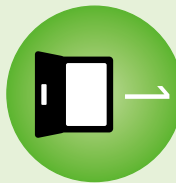
個人情報の取り扱いについて
※お申込みの際にご記入いただきますお客様の情報は、プライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、郵送検査以外の目的で使用することはありません。

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



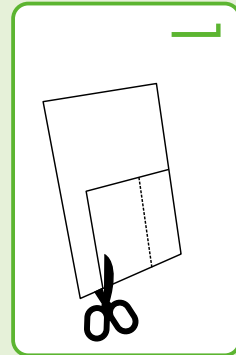
WEBでお申込み

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、送信してください。
<https://form.run/@mehiskensa>



郵送でお申込み

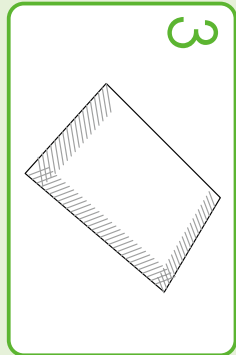
申込書に必要事項をご記入後、キリトリ線に沿って切り離し、封筒に組み立て、ポス্টに投函してください(切手不要)。



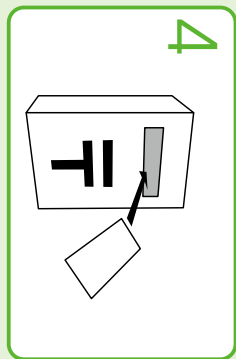
1 申込書をキリトリ線で切り取ります。



2 用紙の「のりしろ」にのりを付けてください。
※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 申込書が内側にくるように真中から2つ折りにはがれないよう貼り付けます。



4 ポス্ট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

キリトリ線

年に一度は必ず 検査を受けましょう。



郵送による
検査の流れ

検査項目の決定
検査お申込み

検査セット
受付票到着

ご自身で
検体を探取し、
容器に入れる

返信封筒
にて返送

検 査

約2週間後、
検査結果等到着

※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協力ください。

料金受取人払郵便
日野局承認
1518
差出有効期限
2025年6月30
日まで
(切手不要)

1 9 1 8 7 9 0

東京都日野市新町5-6-7

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6年7月5日(金)〆切



検査機関・お問い合わせ先

H.U.POCKeT株式会社
〒191-0002 東京都日野市新町5-6-7
☎0120-82-1213



H.U.POCKeTでは、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、専任の教育スタッフによる教育体制を設けております。また、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、ハイクオリティでハイタッチな対応を常に心がけております。

☎0120-82-1213

郵送検査の内容

無料(健保負担)

【ピロリ菌を持っているかどうかわからない方】

どちらか1つ選んでください。

【ピロリ菌の有無がわかっている方】

1 胃がんリスク検査セット (ペプシノゲン検査・ピロリ菌抗体検査)

ペプシノゲンとピロリ菌で胃がんリスクがわかります

前がん症状である萎縮性胃炎のスクリーニングとヘリコバクター・ピロリ菌の感染の有無で、胃がんの危険性を調べます。若い人にもいるピロリ菌。除菌をして胃がんリスクを減らしましょう。過去にピロリ菌検査を一度も受診されていない方はペプシノゲン検査も同時に検査できる検査セットを受診しましょう。

検査対象外 ●胃がんの方 ●胃を切除した方 ●プロトンポンプを抑制する作用のある薬(オメプラール、オメプラゾン、タケプロン、パリエットなど)を服用中の方 ●腎不全、透析中の方 ●胃痛などの症状がすでにある方 ●上部消化管疾患などで病院にかかっている方

検査内容
ペプシノゲン、ヘリコバクター・ピロリ菌抗体



検体物
血液(自己採取)

2 胃がんリスク検査 (ペプシノゲン検査)

わずかな血液で前がん症状の萎縮性胃炎をチェック。

胃がんの前がん段階といわれる萎縮性胃炎。判定することで、胃がんの早期発見をします。胃の粘膜が薄くなると、血液中に「ペプシノゲン」と呼ばれる成分が減少し、これを調べることで萎縮性胃炎の発見につながり、結果的に胃がんの検査になります。

検査対象外 ●胃の一部でも切除されている方 ●胃の治療中、腎不全の治療中の方

検査内容
ペプシノゲン

3 Tf大腸がんリスク検査(2日法)



便中のヘモグロビンとトランスフェリンの同時測定

大腸がんが大きくなってくると便に血液が混じるようになってきます。従来の便潜血検査は、便中のヘモグロビンを測定して、その量より陰性、陽性を判定します。便中のヘモグロビンは、大腸での潜在期間が長いと、大腸内の細菌によって失活する場合があります。便中のトランスフェリンは、血液の成分のなかで細菌に対して安定です。この成分を同時測定することで大腸での出血情報をより正確に得ることができます。

検体物
便
検査内容
便潜血反応

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。痔などによる肛門出血時や、鼻や歯肉からの著しい出血時の検査は避け、生理中の方は、生理終了後1週間経過してから検査を実施してください。 ●検体採取後は、すみやかにご返送ください。

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

4 子宮頸がんリスク検査 +乳房自己検診グローブ付(女性のみ)

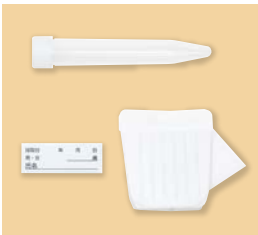


日本人に圧倒的に多い子宮頸がんを早期発見 子宮がんは、子宮の入口に出来る子宮頸がんと、奥の方に出来る体部がんに分けられ、日本人では80%が子宮頸がんで30才〜40才代に発生のピークがあるとされています。この検査は、子宮の入口付近をスポンジでこすり、細胞を採取し検査するもので、子宮頸がんの早期発見が家庭で手軽にできます。自宅で定期的にチェックができる「乳房自己検診グローブ」がセットできます。定期的なチェックにご活用ください。

検体物
腔内細胞
検査内容
腔細胞診

検査対象外 ●生理中の方、妊娠中の方 ●現在婦人科で何らかの治療を受けている方 ●子宮を完全に摘出している方

5 骨粗鬆症リスク検査



骨吸収マーカーで骨折リスクをチェック

骨粗鬆症は、骨吸収(古い骨を溶かすこと)と骨形成(新しい骨をつくること)のバランスが崩れることによって起こります。尿中のDPD(デオキシピリジノリン)量を測定し、骨の吸収状態を調べることで、骨粗鬆症の危険性を調べます。

検査対象外 ●卵巣摘出手術後半年以内でホルモン補充治療を受けている方 ●高用量のステロイド剤治療(10mg/day以上)を受けている方(リウマチなど) ●抗けいれん剤を長期投与している方 ●がんの方 ●授乳中・妊娠中の方(骨の代謝が通常と異なるため) ●生理中の方 ●身長が伸びている方 ●骨粗鬆症と診断されている方

検体物
尿
検査内容
骨吸収マーカー

6 腸内環境検査



腸内環境を整えてウイルス感染を予防しましょう!

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。

※検査キットは、予告なく変更することがあります。

検体物
尿(自己採取)
検査内容
インドキシル硫酸

検査対象外 ●慢性腎臓病、腎機能が低下していると診断された方

7 歯周病リスク検査



※検査キットは、予告なく変更することがあります。

検体物
舌ぬぐい液
検査内容
歯周病原因菌の酵素活性

注意 ●起床直後に採取ください

検査対象外 ●全て歯の無い方

FAX送信方向

郵送検査申込書

三菱地所健康保険組合 402 04920000-2

↓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								
申込人数	人	検査キット送付後、受診者の変更はできません									

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



0.被保険者(本人)						
フリガナ		性別	生年月日			
受診者名		1.男・2.女	西暦	年	月	日生(歳)
フリガナ	〒 ー 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					電話番号
検査項目	ご希望の項目に○を付けてください。					
	【①②のどちらか】		③Tf大腸がんリスク検査(2日法)	④子宮頸がんリスク検査(女性のみ)	⑤骨粗鬆症リスク検査	⑥腸内環境検査
	①胃がんリスク検査セット(ペプシノゲン検査・ピロリ菌抗体検査)	②胃がんリスク検査(ペプシノゲン検査)				⑦歯周病リスク検査

1.扶養者である配偶者						
フリガナ		性別	生年月日			
受診者名		1.男・2.女	西暦	年	月	日生(歳)
フリガナ	〒 ー 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					電話番号
検査項目	ご希望の項目に○を付けてください。					
	【①②のどちらか】		③Tf大腸がんリスク検査(2日法)	④子宮頸がんリスク検査(女性のみ)	⑤骨粗鬆症リスク検査	⑥腸内環境検査
	①胃がんリスク検査セット(ペプシノゲン検査・ピロリ菌抗体検査)	②胃がんリスク検査(ペプシノゲン検査)				⑦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。

FAX 送信先 ▶ 0800-919-0335

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://form.run/@mehiskensa>

