

40歳以上の被扶養者を対象とした

『ピロリ菌・ペプシノゲン郵送検査』のご案内

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より、当組合の事業運営にご理解・ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、この度40歳以上の被扶養者を対象に、『ピロリ菌・ペプシノゲン郵送検査』を実施いたしますので、この機会是非にお申込みください。

ピロリ菌・ペプシノゲン検査とは？

胃がん発症に関するリスクを調べる検査となります。ピロリ菌検査はピロリ菌の有無、ペプシノゲン検査は萎縮性胃炎の有無を調べることによって、胃がんの発症リスクをA～D群に分けて判定します。リスクの低い順に以下のとおりです。

区分	ピロリ菌	ペプシノゲン	判定	胃がん発生リスク
A群	陰性	陰性	正常	低
B群	陽性	陰性	異常	中
C群	陽性	陽性	異常	高
D群	陰性	陽性	異常	極めて高い

実施要領

対象者	40歳以上の 被扶養者 （申込時・受検時）
検査内容	ピロリ菌・ペプシノゲン検査（血液検査）
費用（自己負担金）	1,100円（税込）※定価 6,334円
委託・実施機関	H.U.ウェルネス(株)
申込方法	申込書に必要事項を記入し、当組合にご送付下さい。 ※申込書はホームページ上から印刷できます。
申込期限	令和4年2月4日（金）必着
申込後の流れ	①申し込みされた方には、振込のご案内書一式を送付いたします。 入金を確認できましたら、検査キットを委託業者からご自宅に送付いたします。 ②指から血液を採取し、返送してください。1ヶ月程で結果を送付いたします。
注意事項	・FAXでのお申込みはご遠慮下さい。 【重要】検査を実施しなかった場合でも自己負担金については検査キット代となるため、返金できませんので予めご承知おきください。