

4618790

164

名古屋市東区泉1丁目20番20号

株式会社 あまの創健

郵送検診窓口 行

京成電鉄健康保険組合

料金受取人私郵便

名古屋東局
承認

1496

差出有効期間
令和8年10月
31日まで

(切手不要)

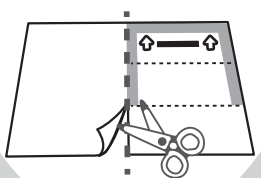
申込期限厳守



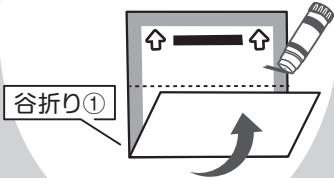
【郵送の場合】申込要領

※WEB申込が利用できない方

Step 1

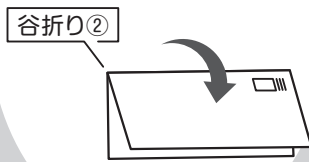
必要事項を記入し
内容を再確認して
キリトリ線で切る。

Step 2

のりしろにのりを
つけて①で谷折り。

Step 3

②で谷折りする。

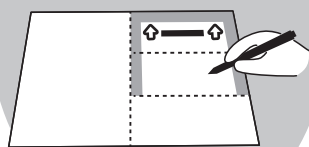


Step 4

ポストへ投函する。
(切手不要)

【FAXの場合】

Step 1

必要事項を記入し
内容を再確認。

Step 2

FAXにて送信。

(株)あまの創健
郵送検診窓口 宛申込FAX (24時間受付)
0120-052-858

京成電鉄健康保険組合の皆様へ

令和8年9月

郵送検診のご案内

大腸がん検査(2日法)

京成電鉄健康保険組合では、保健事業の一環として、郵送による大腸がん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。

郵送検診は、自宅で簡単に受けることができます。日頃忙しくてなかなか検査を受けるお時間がない方は、この機会にぜひ受診のうえ、健康保持・増進に努められますようお願い申し上げます。

費用・対象者

無料(全額健康保険組合負担)

生年月日が

昭和26年10月1日～昭和62年3月31日で
検体郵送日に在籍している被保険者本人
(年度末40歳以上)●令和8年度中に人間ドックを受診された方
(受診予定の方)は受診できません

申込締切日

令和8年10月15日(木)(厳守)

検体受付締切日

令和8年11月30日(月)必着(厳守)

検体受付締切日を過ぎますと検査結果をお返し
できません。

申込方法

申込みは原則WEB経由となります。
QRまたは京成健保ホームページの
リンク先からお申込みください。※WEB申込が利用できない方に
ついては、郵送またはFAXによる申込みも可能
です。(本紙裏面の申込書をご利用ください)

問い合わせ先

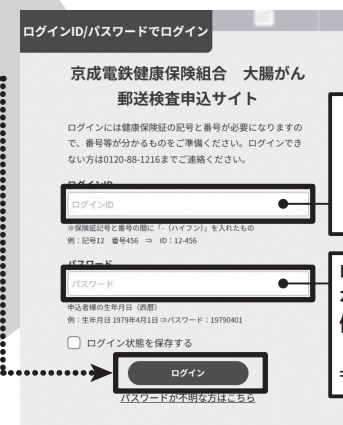
(株)あまの創健 郵送検診窓口

☎0120-88-1216

検査機関：(一社)半田市医師会
健康管理センター健診事業部

WEB申込要領

Step 1

ID・パスワードを
入力して
ログイン。※ログインできない
場合は、
0120-88-1216
までご連絡ください。保険証記号と番号の間に
「- (ハイフン)」を入れた
ものを入力(半角)
例: 記号1 番号23456
⇒ID: 1-23456申込者の生年月日(西暦)
を8桁で入力(半角)
例: 生年月日
1979年4月1日
⇒パスワード: 19790401

Step 2

おすすめ商品の中の
「大腸がん検査 0円」を選択

Step 3

カートに入れる
(カートの確認)

Step 4

注文者情報・
お届け先入力

Step 5

内容確認後注文の確定

ログインできない方は、株式会社あまの創健へお問い合わせください。
TEL: 0120-170-228
営業時間: 月～金曜日 9:00～12:00、13:00～16:00 (休業日: 土日祝)

郵送検診の流れと実施要領



検査の申込み（無料）

- WEB・郵送またはFAXにてお申込み下さい。
- 申込み〆切り **令和8年10月15日(木)** 到着分まで受付



検査キットと問診票到着

- お申込みの約2～3週間後に、
申込者宛に検査機関（半田市医師会健康管理センター）から検査キットと問診票が送付されます。



自分で採取し容器に入れる



忘れずに返信封筒にてキットの返送をする

- 問診票・検体容器等に必要事項を記入してください。
- 検査キット返信： **令和8年11月30日(月)** 到着分まで受付

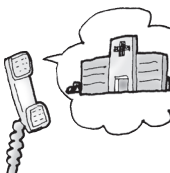


検査



検査結果の到着（異常の有無）

- 検体郵送後、約3週間で検査機関（半田市医師会健康管理センター）から受診者宛に郵送されます。



異常があった場合は、ご自身で医療機関を受診して下さい

◎申込み時、留意事項

検査項目についてかかりつけ医をお持ちの方は
検査必要の有無を確認の上、お申込み下さい。

※FAXで申込みの際、申込後3週間を過ぎて検査キットが
届かない場合は、右記までご連絡下さい。

問い合わせ先

（株）あまの創健 郵送検診窓口
フリーダイヤル 0120-88-1216



検査機関：（一社）半田市医師会
健康管理センター健診事業部

昨今の個人情報流出事件に配慮し、検診委託業者は
プライバシーマーク認定業者にて実施いたします。

の り し ろ

FAX挿入方向

送信面をご確認下さい。

大腸がん郵送検診申込書

※記入に不備がある場合、キットの発送が遅れる場合があります。

健康保険 被保険者記号 (1～2桁)		健康保険 被保険者番号 (1～6桁)							
会社名及び 事業所名									

※記号・番号はマイナポータルサイトまたは「資格情報のお知らせ」等で確認できます。

被保険者(生年月日が昭和26年10月1日～昭和62年3月31日の方)			
フリガナ		性別	生 年 月 日
受診者名 (被保険者)		1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日 (歳)
フリガナ	〒 ー 都・道 府・県		
住 所	※団地、アパートは、棟・部屋番号まで記入してください		電 話 番 号
検 査 項 目	大腸がん検査(2日法)		

お問い合わせTEL 0120-88-1216

問い合わせ時間
月曜～金曜 9:00～12:00
13:00～16:00
土・日・祝はお休みです

申込締切日：令和8年10月15日(木) 到着分

京成電鉄健康保険組合

FAX 0120-052-858 (24時間受付)