

受付時間

《日曜検診》

3月6日(日)	7:00~10:30 (全科目実施)
----------------	------------------------------

3月20日(日)	7:30~10:30 (胃・肺・結核・大腸のみ)
-----------------	------------------------------------

※対象年齢とは、令和4年4月1日時点で達する年齢のことです。

検診科目	対象年齢	料 金	減免料金
胃がん検診	40歳以上	1,090円	540円
肺がん検診	40~64歳の方	320円	160円
結核検診 (肺がん検診)	65歳以上	無 料	
喀痰検査 (肺がん検診を受けた方のみ)	50歳以上で検査 の必要がある方	610円	300円
大腸がん検診	40歳以上	550円	270円
前立腺がん検診	50歳以上の男性	2,100円	

検診科目	対象年齢	料 金	減免料金
子宮頸がん検診	20歳以上で前年度 受診していない方	1,190円	590円
婦人科エコー	当日子宮頸がん検診 を受けた方のみ	1,050円	
乳がん検診	40歳代で前年度 受診していない方	1,260円	630円
	50歳以上で前年度 受診していない方	1,050円	520円
特定健康診査 健康診査 ヘルスアップ健診	受診券を お持ちの方	無 料	

電話にてご予約ください

注:「骨粗しょう症検診受診券」をお持ちの女性の方へ!
日曜がん検診では、骨粗しょう症検診を実施して
いないためご利用できません。ご了承ください。

所定の手続きにより、次の①②の方は検診自己負担額が減額、③の方は無料になります。

- ① 後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方(受診時、受付でご提示ください)
- ② 町民税非課税世帯に属する方(世帯員全員が非課税)
- ③ 生活保護法による被保護世帯に属する方

※②③の方は、下記の手続きが必要です。

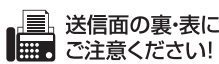
【減免申請手続きの手順】※必ず受診の3週間前までに手続きをお済ませください。

1. 「釧路町がん検診等自己負担額減免申請書」に記入し、窓口へ提出してください。
申請には申請者のマイナンバーと身分証明書の他、同一世帯の方全員のマイナンバーが必要です。
※申請書設置・提出窓口は、健康推進係(あいばーる)各支所

2. 申請書受理後、課税状況等を確認させていただき、郵送で結果をお知らせします。
⇒ 該当者には、「釧路町がん検診等減免決定通知書」を送付しますので、受診時に実施機関へ提出してください。
⇒ 非該当者には、「釧路町がん検診等自己負担額減免申請却下決定通知書」を送付しますが、所定の自己負担額を支払うことで受診可能です。

切り取ってFAXしてください

FAX予約番号 37-3360



※この申し込み書で直接がん検診センターにFAX申し込みができます。

FAX予約番号 37-3360



※この申し込み書で直接がん検診センターにFAX申し込みができます。

3月6日(日)専用

検診日	3月6日(日)
希望時間	希望する時間に○をつけてください。 ①7:00~7:20・②7:30~7:50・③8:00~8:20・④8:30~8:50 ⑤9:00~9:20・⑥9:30~9:50・⑦10:00~10:20・⑧10:30~10:50
希望科目	希望する検診項目に○をつけてください。 胃がん・肺がん(結核)・大腸がん・前立腺がん ※乳がん・子宮頸がん・健康診査を希望される方は電話にてご予約ください。
ふりがな氏名	生年月日 ----- 様 T・S・H 年 月 日
住 所	釧路町
保険の種類 (いずれかに○)	釧路町国民健康保険・後期高齢医療制度・それ以外の健康保険()
電 話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使用しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX

検診日	3月6日(日)
希望時間	希望する時間に○をつけてください。 ①7:00~7:20・②7:30~7:50・③8:00~8:20・④8:30~8:50 ⑤9:00~9:20・⑥9:30~9:50・⑦10:00~10:20・⑧10:30~10:50
希望科目	希望する検診項目に○をつけてください。 胃がん・肺がん(結核)・大腸がん・前立腺がん ※乳がん・子宮頸がん・健康診査を希望される方は電話にてご予約ください。
ふりがな氏名	生年月日 ----- 様 T・S・H 年 月 日
住 所	釧路町
保険の種類 (いずれかに○)	釧路町国民健康保険・後期高齢医療制度・それ以外の健康保険()
電 話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使用しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX

3月20日(日)専用

検診日	3月20日(日)
希望時間	希望する時間に○をつけてください。 ①7:30~7:50・②8:00~8:20・③8:30~8:50・④9:00~9:20 ⑤9:30~9:50・⑥10:00~10:20・⑦10:30~10:50
希望科目	希望する検診項目に○をつけてください。 胃がん・肺がん(結核)・大腸がん
ふりがな氏名	生年月日 ----- 様 T・S・H 年 月 日
住 所	釧路町
保険の種類 (いずれかに○)	釧路町国民健康保険・後期高齢医療制度・それ以外の健康保険()
電 話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使用しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX

検診日	3月20日(日)
希望時間	希望する時間に○をつけてください。 ①7:30~7:50・②8:00~8:20・③8:30~8:50・④9:00~9:20 ⑤9:30~9:50・⑥10:00~10:20・⑦10:30~10:50
希望科目	希望する検診項目に○をつけてください。 胃がん・肺がん(結核)・大腸がん
ふりがな氏名	生年月日 ----- 様 T・S・H 年 月 日
住 所	釧路町
保険の種類 (いずれかに○)	釧路町国民健康保険・後期高齢医療制度・それ以外の健康保険()
電 話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使用しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX