

# 《日曜検診》

## 受付時間

**3月5日(日)**

**7:00~10:30**  
(全科目実施)

**3月19日(日)**

**7:30~10:30**  
(胃・肺・結核・大腸のみ)

※対象年齢とは、令和5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           | 1,160円 | 580円 |
| 肺がん検診                  | 40~64歳の方        | 470円   | 230円 |
| 結核検診<br>(肺がん検診)        | 65歳以上           | 無料     |      |
| 喀痰検査<br>(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        | 2,310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 | 1,220円 | 610円 |
| 婦人科エコー                     | 当日子宮頸がん検診を受けた方のみ  | 1,100円 |      |
| 乳がん検診                      | 40歳代で前年度受診していない方  | 1,300円 | 650円 |
|                            | 50歳以上で前年度受診していない方 | 1,110円 | 550円 |
| 特定健康診査<br>健康診査<br>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。

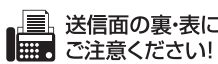
【減免申請手続きの手順】※必ず受診の3週間前までに手続きをお済ませください。

- 「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(あいぱーる)・各支所
- 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>「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>「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。



| 検診日           | 令和5年 3月5日(日)  |            |  |
|---------------|---|------------|--|
| 希望時間          | 希望する時間に○をつけてください。<br>①7:00~7:20・②7:30~7:50・③8:00~8:20・④8:30~8:50<br>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・肺(結核)・大腸・前立腺<br>※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        | 性別  | 生年月日 T・S・H |  |
|               | 様 男・女   | 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。<br>FAX   |            |  |

3月5日(日)専用

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。



| 検診日           | 令和5年 3月19日(日)  |            |  |
|---------------|--|------------|--|
| 希望時間          | 希望する時間に○をつけてください。<br>①7:30~7:50・②8:00~8:20・③8:30~8:50・④9:00~9:20<br>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・肺(結核)・大腸  |            |  |
| ふりがな氏名        | 性別   | 生年月日 T・S・H |  |
|               | 様 男・女  | 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。<br>FAX  |            |  |

3月19日(日)専用

| 検診日           | 令和5年 3月19日(日)  |            |  |
|---------------|--|------------|--|
| 希望時間          | 希望する時間に○をつけてください。<br>①7:30~7:50・②8:00~8:20・③8:30~8:50・④9:00~9:20<br>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・肺(結核)・大腸  |            |  |
| ふりがな氏名        | 性別   | 生年月日 T・S・H |  |
|               | 様 男・女  | 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。<br>FAX  |            |  |