

《日曜検診》

受付時間

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

3月17日(日)	7:30~10:30 (胃・肺・結核・大腸のみ)
-----------------	------------------------------------

※対象年齢とは、令和6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 (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	2,310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 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。

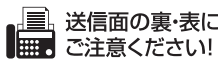
【減免申請手続きの手順】 ※必ず受診の3週間前までに手続きをお済ませください。

- | | |
|---|---|
| <p>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、保険予防係(あいぱー)・各支所</p> | <p>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>「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。</p> |
|---|---|

----- 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。

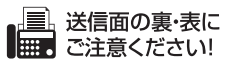


検診日		令和6年 3月3日(日)	
希望時間	希望する時間に○をつけてください。 ①7:00~7:20・②7:30~7:50・③8:00~8:20・④8:30~8:50 ⑤9:00~9:20・⑥9:30~9:50・⑦10:00~10:20・⑧10:30~10:50		
希望科目	希望する検診項目に○をつけてください。 胃・肺(結核)・大腸・前立腺 ※乳がん・子宮頸がん・健康診査を希望される方は電話にてご予約ください。		
ふりがな氏名	性別	生年月日 S・H	
住所	様	男・女	年 月 日
保険の種類(いずれかに○)	釧路町国民健康保険・後期高齢医療制度・それ以外の健康保険()		
電話	お願い：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		令和6年 3月3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・肺(結核)・大腸・前立腺 ※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 S・H	
住所	様	男・女	年 月 日
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3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6年 3月17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・肺(結核)・大腸		
ふりがな氏名	性別	生年月日 S・H	
住所	様	男・女	年 月 日
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		令和6年 3月17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・肺(結核)・大腸		
ふりがな氏名	性別	生年月日 S・H	
住所	様	男・女	年 月 日
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17日(日)専用