

《 日 曜 検 診 》

受付時間

3月2日(日)	7:00~10:30 (全科目実施)	3月16日(日)	7:30~10:30 (胃・肺・大腸のみ)
----------------	------------------------------	-----------------	---------------------------------

料 金

※検診受診時に釧路市に住民票のある方 ※対象年齢以外の料金についてはお問い合わせください。

検診科目	対象年齢	料 金
胃がん検診	満40歳以上	1,160円
肺がん検診	満40歳以上	470円
喀痰検査	当日肺がん検診を受けた方のみ	610円
大腸がん検診	満40歳以上	550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
子宮頸がん検診	満20歳以上の偶数年齢	1,220円
婦人科エコー	当日子宮頸がん検診を受ける方のみ	1,100円
乳がん検診	満40歳代の偶数年齢	1,300円
	満50歳以上の偶数年齢	1,110円
特定健康診査 健康診査	受診券をお持ちの方	受診券に記載

【生活保護受給世帯の方へ】 ※対象年齢の方は検診料金が無料になります(前立腺がん検診・婦人科エコーは除きます)。
事前に担当ケースワーカーに連絡し、「受給証明書」をご用意のうえ受診当日に必ずお持ちください。
健康診査をご希望の方は「受給証明書」と「健康診査受診票」をお持ち下さい。

予約方法

- ① 電話で予約する ⇒ **37-3370** ※子宮頸がん・乳がん検診・健康診査を希望される方は電話のみの予約になります。
- ② FAXで予約する ⇒ 専用FAX用紙に記入の上 **37-3360**

----- 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2日(日)専用

3月16日(日)専用

検診日	令和7年 3月2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・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	
	様 男・女	年 月 日	
住 所	釧路市		
保険の種類(いずれかに○)	釧路市国民健康保険・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7年 3月16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・大腸		
ふりがな氏名	性別	生年月日 S・H	
	様 男・女	年 月 日	
住 所	釧路市		
保険の種類(いずれかに○)	釧路市国民健康保険・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7年 3月2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・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	
	様 男・女	年 月 日	
住 所	釧路市		
保険の種類(いずれかに○)	釧路市国民健康保険・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7年 3月16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・大腸		
ふりがな氏名	性別	生年月日 S・H	
	様 男・女	年 月 日	
住 所	釧路市		
保険の種類(いずれかに○)	釧路市国民健康保険・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		