

《日 曜 検 診》

受付時間

3月1日(日)	7:00～10:30 (全科目実施)	3月15日(日)	7:30～10:30 (胃・肺・結核・大腸のみ)
----------------	------------------------------	-----------------	------------------------------------

※対象年齢とは、令和8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	1,340円	670円
肺がん検診	40～64歳の方	480円	240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	670円	330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	

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。

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	1,250円	620円
婦人科エコー	当日子宮頸がん検診 を受けた方のみ	1,540円	
乳がん検診	40歳代で前年度 受診していない方	1,340円	670円
	50歳以上で前年度 受診していない方	1,140円	570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。

【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

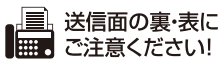
「釧路町がん検診等自己負担額減免申請書」に記入し、窓口へ提出してください。
申請には申請者のマイナンバーと身分証明書その他、同一世帯の方全員のマイナンバーが必要です。
※申請書設置・提出窓口は、保険予防係(あいぱーる)・各支所
- 2

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〉「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。

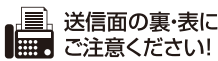


3月1日(日)専用

検診日	令和8年 3月1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	
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8年 3月1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	
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しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX		

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15日(日)専用

検診日	令和8年 3月15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	
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8年 3月15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	
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しますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX		