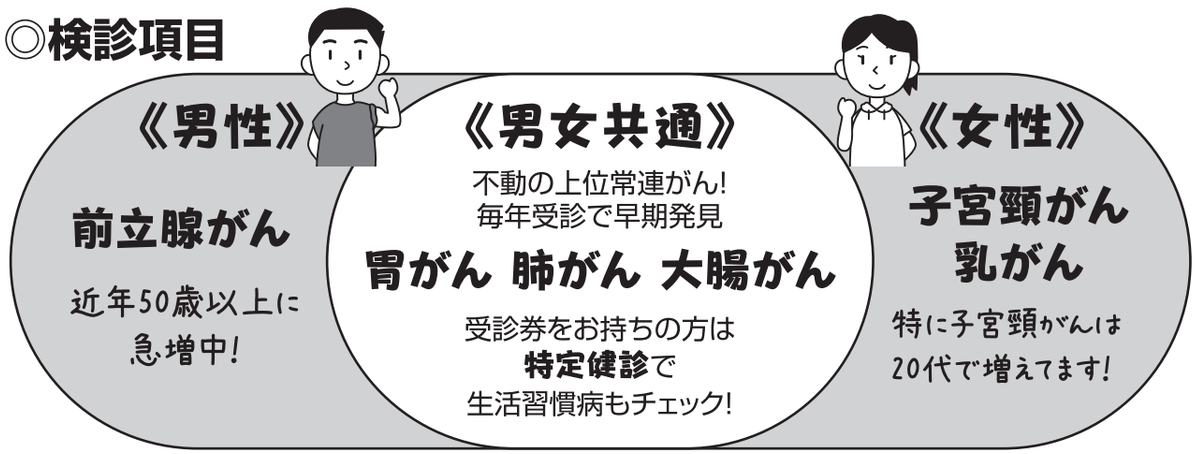
日　曜　検　診

◎受付時間 7:00～10:30

◎検診項目



◎料　金 ※対象年齢とは、令和9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	
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	1,250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	

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 後期高齢者医療に加入されている方（後期高齢者医療の加入がわかる書類（マイナンバーカード等））
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2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、保険予防係（あいぱーる）・各支所・総合案内（本庁））

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

★子宮頸がん・乳がん検診・健康診査を希望される方は電話でのご予約をお願いいたします。

FAX予約番号 37-3360

送信面の裏・表にご注意ください!

日曜検診専用FAX用紙

検診日	令和8年11月29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 ※子宮頸がん・乳がん検診・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	様	性別 男・女	生年月日 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　・　それ以外の医療保険（　）		
電　話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使いますので、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11月29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 ※子宮頸がん・乳がん検診・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	様	性別 男・女	生年月日 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　・　それ以外の医療保険（　）		
電　話	お願い：予約内容等の確認がある場合に使いますので、平日連絡のつく番号をお書きください。 FAX		

※日曜検診では、骨粗しょう症検診は実施していません!