

名前															
名前															

## 回覧 「胃・大腸・肺がん検診」のご案内(令和8年度)

町内会のがん検診を以下のとおり行います。検診希望者は、裏面の申込書に、お名前、住所、電話番号、検診区分欄に「○」印、検診希望日を記入してください。

### 1 検診日・会場・受付時間・検診可能人数（受付開始前の入場は出来ませんので注意願います。）

検診日	会場	受付時間	検診可能人数
月 日 ( )	〇〇会館 (〇条〇丁目)	9:00~10:00	名
月 日 ( )			

### 2 検診内容と料金（当日、会場受付でお支払いください。）

検診項目	対象者	検診項目	費用
胃がん検診	50歳以上の原則偶数歳	胃部X線撮影	1300円(予定)
大腸がん検診	40歳以上	便潜血検査2日法	400円
肺がん検診	40歳以上	胸部X線撮影	無料(喀痰検査は400円)

#### 料金免除対象者と必要書類

- 70歳以上の方…健康保険証等で年齢を確認できるもの
- 65歳から69歳の特定の障害のある後期高齢者医療受給者…後期高齢者医療被保険者証
- 生活保護世帯の方…生活保護受給証明書
- 中国残留邦人等支援給付世帯の方…本人確認証
- 市・道民税非課税世帯の方…市・道民税課税証明書(同一世帯全員分)
- 65歳以上で、介護保険料納入通知書(介護保険料特別徴収通知書)の保険料段階が第1~第3段階に該当する方…通知書

### 3 持ち物

運転免許証、健康保険証等(氏名・住所・年齢の確認できる身分証。)

### 4 検診結果

がん検診実施機関より約4週間後に郵送されます。

### 5 その他

「胃・大腸・肺がん検診のお知らせ[札幌市民用]」、「問診票」、「問診票の記入方法」、「大腸がん検診検体収納袋(大腸がん検診希望者のみ)」を、後日、町内会の担当者から受け取り、良く読んでから受診しましょう。



札幌市検診受診キャラクター  
「けんしんけん」

#### 【検診内容等、詳細について】

手稲区保健福祉部 健康・子ども課(手稲保健センター) 担当 菅原 電話 681-1211

(様式1)

## 「胃・大腸・肺がん検診」申込書

【検診対象者】職場等で検診を受ける機会がない下記の方

●胃がん検診 → 50歳以上（受診日時点で原則偶数歳 ※1）の市民の方

※1 直前の偶数歳時に札幌市胃がん検診を受診していない奇数歳の方は受診可能です。

●大腸がん検診 → 40歳以上の市民の方 ●肺がん検診 → 40歳以上の市民の方

No.	氏名	住所	電話番号	希望の検診に ○をつけて下さい	検診希望日
1		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
2		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
3		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
4		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
5		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
6		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
7		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
8		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
9		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
10		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
11		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
12		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
13		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
14		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/
15		条 丁目 ー		胃・大腸・肺	/

■ 検診希望者には、問診票等を的確にお届けしていただくため、必要な最低限の氏名・住所等を御記入いただいております。お申し込みをいただいた際の個人情報、検診受診以外の目的には使用いたしません。

■ 班長さんへお願い：各班長さんは、    月    日までに町内会の御担当者まで報告をしてください。