

令和 8 年度版

所沢市 個別がん検診 委託料請求マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松 1224-1

所沢市健康推進部保健センター
健康管理課 検診グループ

TEL : 04-2991-1811

(令和 8 年 5 月)

1 検診票と請求書の提出

➤ 大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮頸がん検診

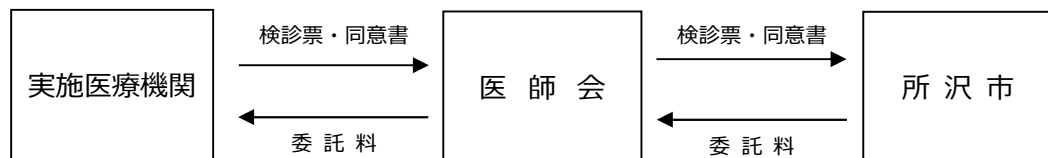
提出書類：請求書（P.7）、検診票の「①市提出用」、
生活保護受給証明書または市県民税所得課税証明書のコピー
提出先：所沢市保健センター健康管理課 検診担当

変更点：今年度から請求書の様式は各検診まとめたものに変更となります。
記載方法は請求書（P.7）をご確認ください。

➤ 胃がん（内視鏡）検診

提出書類：検診票の「①市提出用」、同意書の「①請求書添付用」、
生活保護受給証明書または市県民税所得課税証明書のコピー
提出先：所沢市医師会事務局
※請求書については所沢市医師会事務局にご確認ください。

医師会は、検診票の件数等を確認のうえ、同意書を添えて保健センターへ提出する。



➤ 提出期限：下記参照

実施月	提出締切日
6月分 検診票及び同意書並びに請求書	7/10（金）必着
7月分 検診票及び同意書並びに請求書	8/10（月）必着
8月分 検診票及び同意書並びに請求書	9/10（木）必着
9月分 検診票及び同意書並びに請求書	10/9（金）必着
10月分 検診票及び同意書並びに請求書	11/10（火）必着

1 1月分 検診票及び同意書並びに請求書	12/10（木）必着
1 2月分 検診票及び同意書並びに請求書	1/8（金）必着
1 1月分 検診票及び同意書並びに請求書	2/10（水）必着
2 2月分 検診票及び同意書並びに請求書	3/10（水）必着

※ご注意ください※

- ①ご提出はご来庁または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、**当センター（内視鏡は所沢市医師会事務局）に到着する日付**ですのでご注意ください。
- ②締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします。

2 その他の対応

➤ 大腸がん検診

・・・受診期限までに検体提出がなかった場合・・・

受診期限までに検体の提出がなかった方について、問診を実施済みの場合、**【検体未提出分】**の請求書によって検診料の請求が可能。

2月分取りまとめ後、今年度分をすべてまとめて請求してください。

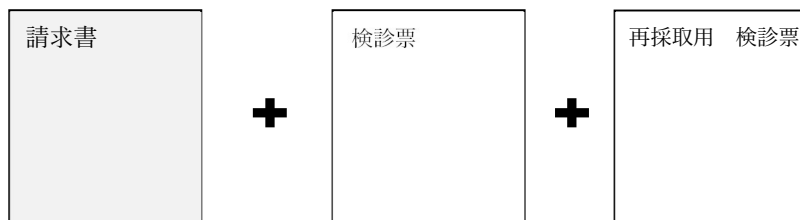
- ・提出先：所沢市保健センター健康管理課 検診担当
- ・請求期日：令和9年3月15日（月）
- ・必要書類：①請求書（検体未提出分）（P.8）
②受診券貼付済みの検診票（3枚切り離さずに）

※受診者に対しては、期限内に検体提出を複数回、促してください。その際、期限までに検体の提出がなかった場合「一部負担金の返金はできない」旨を必ずご説明ください。

➤ 子宮頸がん検診

・・・再採取となった方がいる場合の請求方法・・・

1回目検診時の検診票と再採取用の検診票は必ずセットで提出してください。



① 1回目の検診月が6月～1月で再採取日が同月の場合

1回目検診月の提出期限までに、検診票と再採取用の検診票(P.6)をセットでお送りいただくようご協力お願いします。

例) 1回目検診日：7月3日

再採取日：7月24日

提出期限：8月10日

② 1回目の検診月が6月～1月で再採取日が翌月以降の場合

再採取した月の提出期限までに、検診票と再採取用の検診票をセットでお送りいただくようご協力お願いします。

例) 1回目検診日：7月24日

再採取日：8月4日

提出期限：9月10日

③ 1回目の検診月が2月の場合

令和9年3月26日(金)までにご提出ください。

※2月で再採取になった方がいる場合は健康管理課までご連絡ください。

例) 1回目検診日：2月25日

再採取日：3月4日

提出期限：3月26日

1) 子宮頸がん検診票（再採取用）サンプル

令和8年度 所沢市子宮頸がん検診票

再採取

国保 社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住所	〒359-		【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。
	所沢市		
フリガナ			
氏名	様		
生年月日	昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
受診日	令和	年 月 日	電話番号 ()

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	子宮頸がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (最後に受けたのは平成・令和 年 月頃、結果は <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	2	避妊リング等が子宮に入っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	3	最近6か月以内に不正出血(月経以外の出血や茶色のおりもの)がありましたか はいの場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 一時的な出血 <input type="checkbox"/> 不規則月経 <input type="checkbox"/> 月経が多い <input type="checkbox"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	4	下腹部に違和感、痛み等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	5	女性ホルモン剤を使用していますか はいの場合 ⇒ <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 更年期症状に対するホルモン剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	6	これまでに婦人科の手術を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ 病名() 年 月頃 病名() 年 月頃	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	7	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間 (<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順)、閉経()歳		
	8	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳		

※以下は医療機関記入欄

視診・内診	1. 異常なし 2. ポリープ 3. 子宮筋腫 4. 付属器腫瘍 5. その他()	医師名	
採取器具	1. へら 2. ブラシ 3. サーベックスブラシ 4. サイトピック 5. 綿棒 6. その他()		
細胞診判定	標本の適否 1. 適正 2. 不適正のため再採取		
	1. NILM (陰性)		
	2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL		
	5. HSIL (<input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 上皮内癌) 6. SCC (扁平上皮癌)		
	7. AGC (腺異型または腺癌疑い) 8. AIS (上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma (腺癌) 10. Other malig (その他の悪性腫瘍)		
コメント			
	細胞診検査機関名	細胞検査士名・医師名	報告年月日
判定	1. 異常なし 2. 要精検 (ASC-US含む) 3. 要再検 (再採取) 4. 要診察		
	実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

①市提出用

3 請求書の記載方法

1) 大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮頸がん検診用の請求書

記入例

請求書

・代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。

・合計金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です(修正テープ等は不可)。

請求金額は、下部記載の総合計と一致します。訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直します。

令和8年度がん検診委託(個別検診) ※胃内視鏡除く

作成日 令和 8年 7月10日 (6月実施分)

住所 所沢市上安松1224-1

名称 医療法人 航空会保健センター病院

代表者役職 院長 代表者氏名 所沢 太郎

登録番号 この欄はインボイス制度で使用します

※課税事業者の内、該当医院のみ記載

請求金額 ¥101012 ※金額の頭に「¥」マークを記載

内 訳		単価(税込)	数 量	金 額	
大腸がん検診	個別検査料	4,074	10	40740	円
	個別検査料(一部負担金免除分)	4,574			円
	健診同時受診検査料	2,060	2	4120	円
	健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	2,560			円
前立腺がん検診	個別検査料	5,358	2	10716	円
	個別検査料(一部負担金免除分)	6,358			円
	健診同時受診検査料	3,015	4	12060	円
	健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	4,015			円
乳がん検診	40歳代検査料	8,015	1	8015	円
	40歳代検査料(一部負担金免除分)	9,515	1	9515	円
	50歳以上検査料	8,229	1	8229	円
	50歳以上検査料(一部負担金免除分)	9,229			円
子宮頸がん検診	検診検査料	7,617	1	7617	円
	検診検査料(一部負担金免除分)	8,617			円
	再検査料	3,850			円
①合計				101012	円

消費税		同 じ 金 額
消費税10%対象金額 ※①と同じ	101012	円
うち消費税額 (10%)※①÷11 ※小数点以下切り捨て	9182	円

消費税相当分(合計金額を11で割った額)を記載してください。健康管理課

※小数点以下切り捨て

【注意事項】

- ・口座登録の内容(理事長名・院長名、口座名義、住所等)に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいてから1~2か月程度かかります。

