

大腸がん郵送検診の方法

1 申込み

電話・FAX・申込みフォームのいずれかで検診機関へ申し込むと

自宅に問診票・検査キット・納付書などが送られてきます。

※昨年度郵送検診を受診された方には、検診機関から自動的に検査キットをお送りします。(申込不要です)



2 支払い

送られてきた納付書を使って、コンビニなどで検診費用をお支払いください。

※70歳以上の方は「生年月日が分かる身分証明書(マイナンバーカードや運転免許証など)」のコピーを返信用封筒に同封すれば無料。

※69歳までの方で、市民税非課税世帯の方は、「令和8年度市県民税(所得・課税)証明書 世帯分」または「令和8年度市県民税(所得・課税)証明書 主たる生計者の個人分」または「介護保険料決定通知書等」(最新年度分)のコピー、生活保護受給世帯の方は「生活保護適用証明書(令和8年度発行分)」

または「令和8年度生活保護緊急時医療依頼証」のコピーを返信用封筒に同封すると無料。

※検診料の支払い後の払い戻しはできませんので、無料の対象となる方はお支払いにならないようにご注意ください。

※電子決済でお支払いをされた方は、払込受領書を返信用封筒に同封する必要はありません。



3 検便容器の郵送

問診票を記入し、採便を終えたら、専用の返信用封筒に問診票・検便容器などを入れてポストに投函します。

(無料の対象となる方は、証明書のコピーを必ず同封してください。)

3月31日必着



4 結果の確認

検診機関での分析後、約4週間程度で結果通知が自宅に届きます。

精密検査が必要な場合は、必ず医療機関で精密検査をご受診ください。

大腸がん郵送検診FAX申込書 FAXでお申し込みの方は、こちらにご記入いただき、切り取らずに送信してください。

FAX:096-320-6511(大腸肛門病センター高野病院)

FAX:096-365-1801(熊本県総合保健センター)

FAX:096-366-2750(熊本市医師会ヘルスケアセンター)

ふりがな

氏名 _____

性別 男 ・ 女

(〒 _____)

住所 熊本市 _____ 区 _____

生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今年度熊本市大腸がん
検診の有無

初めて ・ 今年度すでに
受診した

日中連絡のつく電話番号 _____

コピーしてお使いいただけます