

# 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7年度市県民税(所得・課税)証明書 世帯分」または「令和7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7年度発行分)」

または「令和7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ご注意ください。

## 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:096-365-1801(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)

FAX:096-320-6511(大腸肛門病センター高野病院)

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  
検診の受診の有無

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