

大口町がん検診等一部負担金徴収要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、町が実施するがん検診及び健康診査（以下「がん検診等」という。）に要する費用の一部を徴収することについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において一部負担金とは、がん検診等を受ける者（以下「受診者」という。）が受診するがん検診等の実費に相当する額の一部を負担する費用をいう。

(対象となる検診の種別)

第3条 この要綱により一部負担金を徴収するがん検診等の種別、検診の内容及び一部負担金の額は、別表のとおりとする。ただし、大口町がん検診推進事業実施要綱（平成26年大口町告示第60号）の規定により交付されたがん検診無料クーポン券又は町が発行する歯周病予防健康診査無料クーポン券を使用して受診したがん検診等については、一部負担金を徴収しない。

(一部負担金の納付)

第4条 町が実施する集団検診の方法で実施するがん検診等の受診者は、受診前に受診会場において一部負担金を納付しなければならない。

2 町が委託する医療機関において実施するがん検診等の受診者は、受診しようとする医療機関で一部負担金を納付しなければならない。

(一部負担金の免除)

第5条 町長は、前条の規定にかかわらず、受診者が次の各号のいずれかに該当するときは、その一部負担金の徴収を免除することができる。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯の者
- (2) 前号のほか町長が免除の必要があると特に認めた者

(一部負担金の免除申請)

第6条 前条の規定による一部負担金の免除を受けようとする者は、大口町がん検

診等一部負担金免除申請書（様式第1。以下「申請書」という。）を町長に提出するものとする。

（一部負担金の免除の決定）

第7条 町長は、前条の申請書を受理したときは、速やかに審査し大口町がん検診等一部負担金免除決定通知書（様式第2。以下「決定通知書」という。）により、申請者に通知しなければならない。

2 町及び医療機関は、受診者から前項に規定する決定通知書を受理した場合、一部負担金を徴収してはならない。

（その他必要事項）

第8条 この要綱に定めるもののほか、がん検診等の一部負担金の徴収について必要な事項は、町長が定める。

附 則（平成17年3月30日大口町告示第22号）

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成19年3月27日大口町告示第33号）

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成24年3月26日大口町告示第47号）

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成25年5月31日大口町告示第74号）

この要綱は、平成25年6月1日から施行する。

附 則（平成26年5月30日 大口町告示第64号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成26年12月22日 大口町告示第99号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後の大口町がん検診等一部負担金徴収要綱の規定は、平成26年11月1日から適用する。

附 則（平成29年3月10日 大口町告示第13号）

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則（令和2年3月31日 大口町告示第34号）

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和２年１２月２３日 大口町告示第１３３号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和３年３月３０日 大口町告示第３９号）

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附 則（令和６年１０月１日 大口町告示第９８号）

この要綱は、告示の日から施行する。

別表（第3条関係）

1 がん検診

	種 別	検 診 内 容	一部負担金の額
集 団 検 診	胃がん検診	胃部X線間接撮影	1,000円
	子宮頸がん検診	視診、子宮頸部細胞診検査	800円
	大腸がん検診	2日間採便法による便潜血反応検査	300円
	肺がん検診(X線)	胸部X線デジタル撮影	200円
	肺がん検診(喀痰)	3日間連続採痰法による細胞診検査	300円
	乳がん検診	X線直接撮影(MMG)	1,000円
	前立腺がん検診	PSA前立腺特異抗原検査	300円
医 療 機 関 検 診	胃がん検診	胃部X線直接撮影又は胃部内視鏡検査	2,500円
	子宮頸がん検診	視診、子宮頸部細胞診検査	1,000円
	大腸がん検診	2日間採便法による便潜血反応検査	500円
	肺がん検診(X線)	胸部X線直接撮影	700円
	肺がん検診(喀痰)	3日間連続採痰法による細胞診検査	2,000円
	乳がん検診	X線直接撮影(MMG)又は超音波検査、視触診検査	1,500円

2 健康診査

	種 別	健 診 内 容	一部負担金の額
	わかば健診	血圧測定、身体計測、血液生化学検査、尿検査、医師による問診・理学的検査	1,000円
	骨密度測定	超音波検査による骨密度測定	300円
	ヘリコバクター・ピロリ抗体及びペプシノゲン検査	問診、血液検査	1,000円
	歯周病予防健康診査	問診、口腔内検査、健診結果の判定、口腔衛生指導	500円

様式第1 (第6条関係)

大口町がん検診等一部負担金免除申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所

氏名

電話

大口町がん検診等一部負担金徴収要綱第6条の規定に基づき、次のとおり一部負担金の免除を申請します。

種 別	
申 請 額	
受 診 す る 日	年 月 日
申 請 理 由	(1) 生活保護世帯 (2) その他 ()
備 考	

様式第2（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

大口町がん検診等一部負担金免除決定通知書

先に申請のありました、がん検診等一部負担金の免除については、次のとおり決定しましたので通知します。

承認された方は、受診の際この通知書を受診する医療機関に提示してください。

1 承認 する	種 別	
	免除する額	円
	有効期限	年 月 日
	備 考	
2 承認 しない	(理 由)	