

大仙市の検診は登録制です!

中面「①登録が必要な検診」をご覧ください

登録制とは、市へ検診の申込みを一度行うことで**毎年5月頃**に受診券が自宅に届く制度のことです。登録や登録内容の変更はいつでも行うことができます。
新たに検診の対象年齢となる方には毎年1～2月頃に「**申込み調べ**」を送付し登録をお願いしています。

毎年5月頃に検診の受診券が自宅に届いていますか? (ピンク色か黄緑色の用紙)

※大腸がん研究事業に参加の方・医療機関での子宮頸がん検診を登録されている方は別に案内が届きます。
※特定健診・後期高齢者健診は、【大仙市国民健康保険・後期高齢者医療保険】の被保険者で令和5年度受診者に案内が届きます。

はい

届いている方
登録されています

検診の内容に変更は
ありませんか?

(ある)

このチラシの
中を開いて
②を確認!
いずれかの
方法で内容の
変更を行いま
しょう。

(ない)

来年度も
今年度と同様
に検診通知が
送付されます。
届いたら
内容を確認
して検診を
受けましょう。

いいえ

届いていない方
登録されていません

会社等で定期的に検診を
受けていますか?

(はい)

このチラシの
中を開いて
①を確認!
受けていない
検診の項目が
あれば②の
いずれかの
方法で登録
しましょう。

(いいえ)

このチラシの
中を開いて
①を確認!
対象の検診を
確認して
②のいずれか
の方法で登録
しましょう。

【問い合わせ先】

■大仙市健康福祉部

- ・健康増進センター (大曲)
- ・健康増進センター西部 (神岡・西仙北・協和・南外)
- ・健康増進センター東部 (中仙・仙北・太田)

☎0187-62-1015

☎0187-75-0476

☎0187-56-7211

①登録が必要な検診

※年度70歳以上の方は無料です。

検診の種類	検診内容	対象年齢 (R7.4.1時点の年齢)	料金 (令和5年度自己負担額※1)
肺がん等検診	問診・胸部レントゲン撮影 (問診結果により喀痰検査)	40歳以上	400円
大腸がん検診	問診・便潜血検査	40歳以上	600円
胃がん検診	問診 バリウム使用のレントゲン撮影	40歳以上	1,200円
前立腺がん検診	問診 血液検査によるPSA値測定	50歳以上の男性	500円
子宮頸がん検診・ 婦人科超音波検診	問診 子宮頸部細胞検査・超音波検査	20～39歳/ 40歳～偶数年齢の女性	1,800円
乳がん検診	問診・マンモグラフィ検査	40歳以上の 偶数年齢の女性	1,400円
骨粗鬆症検診	前腕骨のレントゲン検査による 骨密度測定	40・45・50・55・ 60・65・70歳の女性	1,000円
30・35歳の 血液健診※2	身体計測・血液検査 問診・血圧測定(見込み)	30・35歳	1,000円

※1 令和6年度自己負担額が一部変更予定です。決まり次第、ホームページ等でお知らせします。
※2 30・35歳の血液健診は対象年齢の都度、登録が必要です。

②検診の登録・変更方法

●検診登録用紙で提出

右ページの用紙を切り取り、記入する。※一部変更の場合も全ての内容を記載ください。
ポストへ投函する。

●窓口で登録（受付時間 8:30～17:15 土日祝日除く）

このチラシを持ってお住まいの地域の健康増進センターへ来所する。

●電子申請で登録

右のQRコードを読み取り、内容を入力・送信する。

<https://www.city.daisen.lg.jp/docs/2023112900035/>



●電話で登録

登録受付日時：令和6年2月10日(土)、2月11日(日・祝) 9:00～17:00

電話番号：0187-62-1015 または 0187-62-9301

「検診を登録(または変更)したい」と伝える。

※上記日時に電話ができない場合は、お住まいの地域の健康増進センターへご連絡ください。

令和6年度の
検診希望の方は
令和6年2月15日まで
登録をお願いします。

よくある質問

Q：社会保険だから市のがん検診は受けられない？

A：がん検診は大仙市に住所のある方全員が対象です。健康保険の種類に関わらず、受けることができます。

Q：医療機関でがん検診は受けられないの？

A：子宮頸がん検診とクーポン券対象年齢の方（41～45歳）の乳がん検診は医療機関で受けることができます。
それ以外の検診は集団検診のみ受診が可能です。

Q：提出期限が過ぎてしまった場合はどうしたらよいですか？

A：期限が過ぎても検診の登録、変更はできますので、お住まいの地域の健康増進センターへご連絡ください。



大仙市国民健康保険に加入の方は がん検診の他に特定健診も 受けることができます!

※詳細はお住まいの地域の健康増進センターまでお問い合わせください。



のりしろ

料金受取人払郵便



差出有効期限
令和6年
2月1日から
令和7年
1月31日まで
(切手不要)

0148790

大仙市大曲通町1番14号

(大仙市健康福祉会館内)

大仙市健康増進センター 成人保健班 行

使い方

- ① 裏面に必要事項を記入する
- ② キリトリ線に沿って切り取る
- ③ のりしろを貼り合わせる
- ④ ポストに投函する

キリトリ線



のりしろ



キリトリ線



のりしろ



△注意点△

- ・今回、申込みが無い場合は現在の内容で登録が継続されます。
- ・一部内容を変更する場合も全ての内容を記載ください。
- ・対象外の検診を申し込まれた場合には登録は行いません。
- ・乳がん検診／子宮頸がん検診／骨粗鬆症検診等の年齢が決まっている検診は対象の年に通知を送付します。来年度すぐに通知が送付されない場合がありますのでご了承ください。
- ・個別に申込み調べが送付されている場合は、どちらかで申込みください。
- ・記載された内容について確認したいことがある場合、ご連絡させていただくことがあります。

検診登録用紙

住所：

電話番号： (携帯の場合氏名記載)

※希望するものに○をつけてください。※子宮頸がん検診を希望の場合は医療機関または集団検診をお選びください。

1氏名： 生年月日： 年 月 日 男・女

肺	大腸	胃	前立腺	子宮 医療 集団	乳	骨	30・35歳

2氏名： 生年月日： 年 月 日 男・女

肺	大腸	胃	前立腺	子宮 医療 集団	乳	骨	30・35歳

3氏名： 生年月日： 年 月 日 男・女

肺	大腸	胃	前立腺	子宮 医療 集団	乳	骨	30・35歳

4氏名： 生年月日： 年 月 日 男・女

肺	大腸	胃	前立腺	子宮 医療 集団	乳	骨	30・35歳

5氏名： 生年月日： 年 月 日 男・女

肺	大腸	胃	前立腺	子宮 医療 集団	乳	骨	30・35歳