

総合がん検診オプション料金表

項目	市の補助	対 象 者	内 容	追加料金	
脳ドック	あり	過去4年間※市の脳ドック検診を受けていない40歳以上の方 ※令和3(2021)年～令和6(2024)年 【以下に該当する方は受けられない場合あり】 □ 閉所恐怖症 □ インプラント □ ペースメーカーを装着されている 注意：持続自己血糖測定器（リブレ等）装着されている方は、検査前に外していただきます	・MRI・MRA ・身体計測 ・理学的検査 ・血圧測定 ・尿検査 ・血液検査 ・心電図	国保・後期	14,500 円
				その他 (社会保険等)	22,915 円
	なし	上記に該当しない方		国保・後期	22,000 円
				その他 (社会保険等)	30,415 円
がん検診 前立腺	あり	50歳以上の男性	血液検査	500 円	
	なし	49歳以下の男性		2,200 円	
がん検診 子宮頸部	あり	昨年度、市の子宮がん検診を受けていない20歳以上の女性	子宮頸部 細胞診	1,100 円	
	なし	上記に該当しない女性		3,300 円	
がん検診 子宮体部	あり	昨年度、市の子宮がん検診を受けていない20歳以上の女性で最近6か月以内に不正性器出血、月経異常、褐色帯下などの症状があった方	子宮頸部・ 体部細胞診	1,900 円	
	なし	上記に該当しない女性		6,600 円	
がん検診 乳がん検診 (マンモグラフィ)	あり	昨年度、市の乳がん検診を受けていない40歳以上の女性	マンモグラフィ 検査	1,500 円	
	なし	上記に該当しない女性		4,400 円	

往復ハガキ記入例

< 往信表面 >

4988501

弥富市前ヶ須町南本田
335番地
弥富市役所健康推進課

往信

< 返信裏面 >

何も記入しない

< 返信表面 >

申込者の郵便番号

申込者の住所

申込者のお名前

返信

< 往信裏面 >

「令和7年度海南病院
総合がん検診申込書」を
貼り付けてください。

- ◆ 申込みの際は必ず、「がん検診・歯周病検診等受診券」で受けられる検診を確認してください。
- ◆ 「○」または「クーポン」の検診は「市補助あり」をチェックしてください。
「ー」の検診は「市補助なし」をチェックしてください。

令和7年度 弥富市がん検診・歯周病検診等受診券	
氏名	
住所	
性別	
年齢	
検診希望項目	がん検診希望項目（※） 乳がん検診希望項目（※） 子宮がん検診希望項目（※） 前立腺がん検診希望項目（※） 脳ドック希望項目（※） マンモグラフィ希望項目（※） 血液検査希望項目（※） 心電図希望項目（※） その他希望項目（※）

令和7年度総合がん検診申込書（海南病院）

フリガナ 氏 名		生年月日	S 年 月 日 (歳)
住 所	弥富市		
電話番号	自宅 携帯	性別	男・女
保険証の種類	該当するものに○ 弥富市国民健康保険・後期高齢者医療保険・その他（社会保険等）		

がん検診等受診券で受診できる検診をご確認の上、ご記入ください。

- ◆ 【必須】希望の胃がん検診に✓をつけてください。
☐ 胃バリウム（80歳以下） ☐ 経口・経鼻胃カメラどちらでもいい
☐ 経口胃カメラ（50歳以上） ☐ 経鼻胃カメラ（50歳以上）
注意：例年胃カメラ検査希望（特に経鼻）の方が多いため、ご希望にそえない場合があります
 - ◆ 【胃カメラ検査希望の方】胃カメラ検査が定員に達した場合、胃バリウム検査に変更しますか？
☐ 変更する ☐ 申込をキャンセルする
 - ◆ 【希望者のみ】希望のオプション項目と市の補助の有無に✓をつけてください。
☐ 脳ドック → ☐ 市補助あり ☐ 市補助なし
☐ 子宮がん → ☐ 市補助あり ☐ 市補助なし
☐ 乳がん → ☐ 市補助あり ☐ 市補助なし
☐ 前立腺がん → ☐ 市補助あり ☐ 市補助なし
注意：その他のオプションは病院より送付される受診案内をご参照ください
 - ◆ 希望の検診時期に✓をつけてください。
☐ 6～9月 ☐ 10～1月 ☐ いつでもいい
- その他の希望（夫婦で同日希望、○曜日希望 など）

注意：ご希望は、考慮しますが、ご希望に添えない場合があります。
特に胃カメラ検査希望の方は、日程・定員に限られますので、ご了承ください。
上記の個人情報は、弥富市と海南病院、情報管理に関する業者に提供されることを同意した上で申し込みます。