

令和 6 年度
札幌市大腸がん検診（医療機関委託）
実 施 要 領

令和 6 年 4 月
札 幌 市 保 健 福 祉 局

目 次

○ 札幌市大腸がん検診実施要領	1
1 目 的	1
2 対象者	1
3 実施機関	1
4 検診料・受診者負担額	2
5 受診者負担額の免除	2
6 検診内容等	3
7 検診結果の通知	3
8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告	4
9 検診料等の請求	5
10 検診料等の支払	6
11 精度管理項目	6
12 偶発症発生時の報告	6
13 実施期日	6
14 請求及び問い合わせ先	6
○ 精度管理項目	7
○ 大腸がん検診 Q&A	9
～よくある問い合わせをまとめました。お問い合わせの前にご一読ください～	
○ 請求書等の記載例	15
・ 様式 1 (大腸がん検診請求書)	15
・ 様式 2 (大腸がん検診票兼請求明細書)	16
・ 様式 3 (大腸がん検診精検結果連絡費請求書)	17
・ 様式 4 (大腸がん検診精検結果連絡票)	18
・ 様式 5 (偶発症発生報告書)	19
○ 大腸がん検診結果通知書 (参考-1)	20
○ 検診等の請求に関わる事項の変更届	21
○ 請求書等の注文FAX 様式	22
～ご注文は、できる限りFAX でお願います～	