

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

(札幌市提出用)
(2024.4.1発行)

胃がん検診請求書

(あて先)札幌市長
下記の通り請求します。

※この様式は3枚綴りとなっています。
札幌市には上から2枚(様式1-1と様式1-2)を提出してください。
一番下の様式1-3は医療機関控えです。

2024年 5 月 8 日

記

2024年 4 月分

区 分		受 診 者 数	単価(税込)	金 額
胃部エックス線検査 (バリウム検査)(A)	一般	3 人	10,323円	(ア) 30,969円
	免除	人	12,523円	(イ) 0円
胃内視鏡検査(B)	一般	1 人	14,474円	(ウ) 14,474円
	免除	人	17,974円	(エ) 0円
請求事務手数料(A+B)		4 人	220円	(オ) 880円
(ア)～(オ)の合計			百万 十万 万 千 百 十 一 ¥46323 円	

郵便番号を必ず
記載してください。

※合計金額(太枠内)の訂正・書き直し等はできません。
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。
医療機関コード (右詰で記載) 1234567

郵便番号	060-0042	電話番号	111-2222	請求印
住 所	札幌市中央区大通西19丁目			理事長の印
医療機関名	医療法人社団 札幌保健所病院			
氏 名	理事長 札幌 太郎			

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行	本店	預金種目	口座番号
信金	支店	1 普通	9876543
信組	出張所	2 当座	

●債権者住所氏名欄…法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であって代表者名義(理事長など)以外の口座に振り込みを希望する場合は、別途手続きが必要となります。



必ず請求印と同じ印鑑
を押してください。

合計金額欄は訂正できません。
誤りがある場合は、再度
作成し直してください。
合計金額の前に、間を
空けず¥マークを記入し
てください。

法人の場合の請求権者
は原則「理事長」となり
ます。
院長口座振込をご希望
の場合は、別途、委任
状が必要となりますの
で、お問合せください。
なお、シャチハタ印は使
用できません。

※請求印及び捨印は
「にじまない程度に、
鮮明に」押印してくだ
さい。

<請求先>

〒060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1-7 ORE札幌ビル7階
札幌市保健福祉局ウエルネス推進部 がん検診担当 Tel211-3514 fax 211-3521

<問い合わせ>

ご不明な点がございましたら上記のがん検診担当までご連絡ください。
請求用紙等のご注文は、FAXにより受付しています。(注文用紙は32頁)

<記載例・・・様式2（検診票兼請求明細書）>

様式2-1

胃がん検診票兼請求明細書

(医療機関控)
(2024.4.1発行)

検 診 実 施 日：2024年04月15日

医療機関所在地 札幌市大通西19丁目

名 称 医療法人社団 札幌保健所病院

氏 名 理事長 札幌 太郎

注：濁点は1文字として使用
(例：「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)

姓	名	性別	年齢
カタカナ フリガナ	オ オ ト ヌ オ リ カ ス オ	☒ 男 ☐ 女	60歳
漢字 氏名	大 通 一 男	生年月日	39年04月1日生
住所 札幌市中央区北1条西2丁目		TEL 011-123-4567	

1. 胃がんにかかったことはありますか。 ☐ はい(年 歳) ☒ いいえ ☐ わからない	11. 菌の治療で麻酔を使ったことがありますか。 ☒ はい ☐ いいえ ☐ わからない →過去に、歯科等の麻酔時で問題はありましたか。 ☐ はい ☒ いいえ ☐ わからない
2. 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。 ☐ はい ☒ いいえ ☐ わからない	12. 鼻腔の手術をしたことがありますか。 ☐ はい ☒ いいえ ☐ わからない
3. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。 ☐ はい(年 歳) ☒ いいえ ☐ わからない	13. タバコは吸いますか。 ☐ 吸っている ☒ 吸っていたがやめた ☐ 吸ってない
4. 薬剤アレルギーはありますか。 ☐ はい(薬の種類:) ☒ いいえ ☐ わからない	14. 家族に胃がんにかかった人はいますか。 ☒ はい(父・母・配偶者・子・兄弟/姉妹・祖父・祖母) ☐ いいえ ☐ わからない
5. 現在、高血圧の治療を受けていますか。 ☐ はい ☒ いいえ ☐ わからない	15. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。 ☒ はい ☐ いいえ ☐ わからない
6. 現在、抗血栓薬(ワルファリン、バファリン等)を服用していますか。 ☐ はい(薬の種類:) ☒ いいえ ☐ わからない	16. (上記質問で「はい」と答えた方のみ)直近の検査について 以下にお答えください。 1) どちらで受けましたか。 ☒ 市 ☐ 職場 ☐ 人間ドック ☐ その他()
7. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。 ☐ はい ☒ いいえ ☐ わからない	2) 検査の方法 ☒ 胃部X線(バリウム) ☐ 胃内視鏡 ☐ 血液(ABC)検査
8. 入れ歯をいれていますか。 ☐ はい ☒ いいえ	3) 検診の時期: (令和4年 58 歳)
9. 下記の病気で治療を受けていますか。 ☒ なし ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心疾患	
10. 以下の鼻の病気をしたことがありますか。 ☐ なし ☐ 副鼻腔炎 ☐ 鼻茸 ☒ アレルギー性鼻炎	

※医療機関記入欄(下欄の該当部分□に✓印をして下さい。二重読影を含めた最終判定を記載してください。)

【検査方法】	☐ 胃部エックス線検査 ☒ 胃内視鏡検査	【生検】 ☒ 実施
【検査結果】	☐ 精検不要 ☒ 要精検	※胃内視鏡検査と同日に生検を実施した場合のみ✓

※胃内視鏡検査と同日に生検を実施した場合は、結果に関わらず要精検として報告する。
また、生検の結果については精検連絡票にて報告する。

【胃炎の有無】	☒ 胃炎※所見あり ※内視鏡検査にてヘリコバクター・ピロリ感染の疑いのあるものに限る
【請求区分】	☐ 一般
	☒ 免除
	☒ 非課税(☒ 課税証明書 ☐ 介護保険料納入通知書等(第 段階 被保険者番号)
	☐ 生活保護世帯、中国残留邦人等支援給付世帯
	☐ 65～69歳の後期高齢者医療被保険者(保険者番号)
	☐ 70歳以上

(胃内視鏡検査の場合のみ)
胃炎の所見があった方については、ピロリ菌検査などの
受診を勧奨願います。

診断者氏名	札幌 太郎	二重読影医師(胃内視鏡の場合必須)	保健所 花子
二重読影者記載欄 (特記すべき内視鏡画像への評価や二重読影にて指摘した事項をご記載ください。)			

内視鏡検査の場合
は二重読影医師名
を必ず記載してくだ
さい。

※診断者氏名、二重読影医師名はフルネームでご記載願います(ゴム印可)。

受診者負担額が免除になるのは、下記の方です。(詳細は2、3頁)
(1)70歳以上の方
(2)市・道民税非課税世帯に属する方
(3)65歳～69歳の後期高齢者医療被保険者
(4)生活保護世帯に属する方
(5)中国在留邦人等支援給付世帯に属する方

様式3-1

(札幌市提出用)
(2024.4.1発行)

胃がん検診精検結果・ピロリ菌検査・除菌結果
連絡費請求兼報告書



(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。

2024 年 5 月 8 日

記

胃がん検診精検・ピロリ菌検査・除菌結果判明

20 年 月分

区 分		人 員	単価(税込)	金 額
精 検 結 果	A 異常認めず	3 人	220円	(ア) 8 8 0 円
	B がんであった者	人		
	C がんの疑いのある者又は未確定	人		
	D がん以外の疾患であった者	1 人		
ピロリ菌検査・除菌結果報告者		1 人	550円	(イ) 5 5 0 円
(ア)～(イ)の合計		5 人	十 万 万 千 百 十 一 ￥ 1 4 3 0 円	

※合計金額(太枠内)の訂正・書き直し等はありません。
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

医療機関コード (右詰で記載)

郵便番号 060-0042	電話番号 111-2222	請求印
住 所 札幌市中央区大通西19丁目		
医療機関名 医療法人社団 札幌保健所病院		
氏 名 理事長 札幌 太郎		

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

	銀行	本店	預金種目	口座番号
	信金		1 普通	9 8 7 6 5 4 3
保健所	信組	健康	出張所	

●債権者住所氏名欄…法人にあつては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であつて代表者名義(理事長など)以外の口座に振り込みを希望する場合は、別途手続きが必要となります。

<記載例・・・様式4（精検結果連絡票）>

様式4-1

（精検実施医療機関控）
（2024.4.1発行）

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり胃がん検診において、精密検査の対象となりました。
お手数おかけいたしますが精密検査を以下の連絡票にご記入のうえ、3枚複写のうち下2枚を下記の医療機関宛てに別添封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。
※ 札幌市の検診精度管理上、要精検者の把握を必要としますので、必ずご返送をお願いします。

胃がん検診精検結果連絡票

1 検査年月日

2024年 4 月 22 日

2 精密検査結果

2.1 結果区分（必ず記入してください。）

- ☐ A 異常認めず
☒ B がんであった者
 ☒ うち早期がん
 ☐ うち粘膜内のがん

☐ C がんの疑いのある者又は未確定
☐ D がん以外の疾患であった者

2.2 検査方法

- (1) X線 (2) 内視鏡（生検）
(3) その他

2.3 指示

- (1) 通院治療 (2) 入院治療
(3) 手術（ 福祉 病院紹介）
(4) 経過観察（ ）か月後
(5) その他

2.4 備考

[]

医療機関名 日本病院
住所 中央区大通西1丁目
TEL 111-1111
医師名 北海道 一 郎

記
一次検診結果（以下、一次医療機関記載）

一次検診実施機関
精検結果把握日：20 2 4 年 4 月 2 5 日 ※1
一次検診実施日：20 2 4 年 4 月 1 5 日 ※2

注：濁点は1文字として使用
（例：「バ」は「ハ」と「^」を別々の枠に記入）

姓 名
カタカナ フリガナ 姓 オ オ ト ヴ オ リ カ ス ヴ オ
漢 字 氏 名 大 通 一 男

【返送先】

一次検診実施
医療機関名 医療法人社団 札幌保健所病院
住所 札幌市中央区大通西19丁目
電話 111-2222
医師名 札 幌 太 郎

性別 ☒ 男 ☐ 女
生 年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 6 0 歳
3 9 年 4 月 1 日生

住 所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目 TEL 011-123-4567

一次検診結果： ☒ 胃がん要精密検査(☐ 胃部エックス線検査 ☒ 胃内視鏡検査)

所見

M前壁 隆起性病変

※1 []（太線枠内）は精検終了後、精検実施医療機関より結果が送付された際に、ご記載ください。
※2 検診実施日には、一次検診の明細書の検診実施日と同じ日付をご記載ください。

<記載例・・・様式5（ピロリ菌検査・除菌結果連絡票）>

様式5-1

(ピロリ菌検査・除菌実施医療機関控)
(2024.4.1発行)

ピロリ菌検査及びピロリ除菌担当の先生へのお願い

札幌市では、ヘリコバクター・ピロリ菌感染に起因する胃がんを予防するためピロリ菌の除菌を推奨しております。
この方は、下記のとおり胃がん内視鏡検査において、ピロリ菌検査（保険診療）の対象となりました。

お手数おかけいたしますがピロリ菌検査及びピロリ菌除菌の結果を以下の連絡票にご記入のうえ、3枚複写のうち下2枚を下記の医療機関宛てに別添封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

胃がん検診（ピロリ菌検査・除菌）結果連絡票

1

ピロリ菌検査実施年月日

2024 年 4 月 20 日

2

ピロリ菌検査結果

☐ 陰性

☒ 陽性

（以下、上記2にてピロリ菌検査結果が「陽性」となった場合について記載願います）

3

ピロリ菌除菌の実施希望について

☐ 希望なし

☒ 希望あり（下記4にて実施結果を記載）

（以下、上記3にて「希望あり」となった場合について記載願います）

4

ピロリ菌除菌の実施について

（1）実施場所

☒ 自院（ピロリ菌検査実施医療機関）で実施

☐ 他院での実施を希望

（2）（1にて、自院で実施と回答した場合）
実施結果について
ア）除菌結果確認年月日
2024 年 4 月 25 日
イ）ピロリ菌除菌結果

☒ A 一次除菌で成功

☐ B 二次除菌で成功

☐ C 除菌失敗

☐ D その他（ ）

備考

他院でのピロリ菌除菌を希望した場合は以降の記載不要。
一次医療機関へ報告願います。

ピロリ菌検査（除菌）実施医療機関

医療機関名 日本病院

住所 中央区大通西1丁目

TEL 111-1111

医師名 北海道 一 郎

記

一次検診結果（以下、一次医療機関記載）

一次検診実施機関
ピロリ菌検査等結果把握日 20 2 4 年 4 月 2 6 日 ※1

一次検診実施日: 20 2 4 年 4 月 1 5 日 ※2

注：濁点は1文字として使用
（例：「バ」は「ハ」と「^」を別々の枠に記入）

姓

名

カタカナ
フリガナ

漢字
氏名

オ オ ト ヴ オ リ カ ス ヴ オ

大通 一 男

【返送先】

一次検診実施
医療機関名 医療法人社団 札幌保健所病院

住所 札幌市中央区大通西19丁目

電話 111-2222

医師名 札幌 太郎

性別 ☒ 男 ☐ 女

生年
月日 ☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 6 0 歳

3 9 年 4 月 1 日生

住 所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目

TEL 011-123-4567

胃がん検診結果：☒ 胃内視鏡検査下でのヘリコバクター・ピロリ感染疑いのある胃炎の所見有

所見

※1 ☐（太線枠内）はピロリ菌検査・除菌実施医療機関より結果が送付された際に、ご記載ください。
※2 検診実施日には、一次検診の明細書の検診実施日と同じ日付をご記載ください。

27

様式6

様式6については、
札幌市に提出不要

胃内視鏡検査実施説明書兼同意書

胃内視鏡検査実施説明書兼同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口または鼻から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ(生検)、細胞の検査を行うことがあります。

また、色素を散布して、病変を見やすくすることがあります。

なお、生検が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参してください。

生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に87件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- (1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- (2) 生検による出血、穿孔
- (3) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- (4) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

2024 年 4 月15日

受診者署名

大 通 一 男

保険診療によるピロリ菌検査の実施について(希望者のみ)

札幌市ではピロリ菌感染に起因する胃がんの予防を推進しております。胃がん検診(内視鏡)の結果、ピロリ菌感染が疑われる胃炎の症状がある方については、保険診療によるピロリ菌検査を受診し、必要に応じてピロリ菌による除菌を推奨しております。つきましては、下記(1)により対象となった場合、ピロリ菌検査をご希望される場合は、下記(2)をご確認の上、下記(3)の実施希望欄に☑をお願いいたします。

(1) 対象要件

- ・ピロリ菌除菌歴が無いこと
- ・胃がん検診(内視鏡検査)の結果、ピロリ菌感染が疑われる胃炎の所見があること

※胃炎の所見があれば、医師等からピロリ菌検査に関する案内があります。胃炎の所見がなければ保険診療によるピロリ菌検査は実施できません。

(2) 確認事項

- ・保険診療によるピロリ菌検査を追加して実施すること(別途保険診療による自己負担有)
- ・個人情報を含む判定結果及び除菌治療結果は実施医療機関を通して市へ報告されること。

(3) ピロリ菌検査実施希望欄

- ☐ 上記(1)、(2)の事項に同意の上、必要に応じてピロリ菌検査の実施を希望する
- ☐ ピロリ菌検査の実施を希望しない

＜様式7（偶発症発生報告書）＞

様式 7

偶発症発生報告書

検査実施日：20 年 月 日 結果判明日：20 年 月 日 注：濁点は1文字として使用 (例：「バ」は「ハ」と「ㇿ」を別々の枠に記入)	医療機関名 住所 電話 医師名
姓 フリガナ 漢字氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女 生年 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 月日 年 月 日生
住所 札幌市 区 TEL	

【発生状況】

[illegible]

年 月 日

様

胃がん検診結果通知書

先日、あなたが当院で受けられたがん検診の結果について下記のとおりお知らせします。

記

- 1 精密検査不要：異常は認められませんでした。また、2年後にお受けください。
- 2 要精密検査：下記の病気の疑いがありますので、お早めにご来院ください。



「要精密検査」と判定された場合には必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

札幌市長様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

印

下記の事項に変更がありましたので、お届けします。

変 更 事 項	新	旧	変更年月日
医療機関コード			
所在地			
(フリガナ) 医療機関名称			
電話番号	Tel ー	Tel ー	
(フリガナ) 代表者氏名			
金融機関名			
支店名			
預金種目	1. 普通 2. 当座	1. 普通 2. 当座	
口座番号			
(フリガナ) 口座名義名			

※① 口座名義名は、通帳記載の名義を一字一句、正確に記載してください。

※② 口座名義名と医療機関名称や代表者氏名が異なる場合は、別途、委任状が必要になる場合があります。

※③ 不明な点については、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部(Tel211-3514)までお問い合わせください。

〈令和6年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

年 月 日

医 療 機 関 名			
住 所	〒	—	区
電話番号及び担当者名	電話番号	—	担当者名

必要数を記入してください。

○胃がん検診及び胃がんリスク判定

名 称	必要数	名 称	必要数
胃がん検診請求書	冊	胃がん検診票兼請求明細書	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書	冊	胃がん検診精検結果連絡票	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票	冊	胃内視鏡検査実施説明書兼同意書	枚
胃がんリスク判定請求書	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書	冊
胃がんリスク判定説明書兼同意書	枚	「ピロリ菌検査のご案内」チラシ	枚
ピロリ菌検査等担当医師様 封筒	枚	ピロリ菌検査結果等在中 封筒	枚

○大腸がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
大腸がん検診請求書	冊	大腸がん検診票兼請求明細書	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書	冊	大腸がん検診精検結果連絡票	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書	冊	乳がん検診票兼請求明細書	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書	冊	乳がん検診精検結果連絡票	冊
乳がん超音波検査の実施に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○子宮がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
子宮がん検診請求書	冊	子宮がん検診票兼請求明細書	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書	冊	子宮がん検診精検結果連絡票	冊

○前立腺がん検査

名 称	必要数	名 称	必要数
前立腺がん検査請求書	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票	冊
前立腺がん検査(PSA検査)に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○その他必要書類

名 称	必要数	名 称	必要数
「札幌市がん検診のご案内」チラシ	枚	精検結果在中 封筒	枚
精密検査担当医師様 封筒	枚	「札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ」チラシ(受診者への説明文)	枚
「スーナ先生の喫煙防止禁煙・卒煙講座」パンフレット	冊	子宮がん検診・乳がん検診のご案内チラシ	枚

備 考