

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。

(札幌市提出用)
(2025.4.1版)

胃がんリスク判定請求書

※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。

2025年 5 月 8 日

拾印
理事長の印

必ず請求印と同じ印鑑を押してください。

記

20 5 年 4 月分

区 分	受 診 者 数	単 価 (税込)	金 額
一 般 (A)	3 人	2,564円	(ア) 7,692 円
免 除 (B)	1 人	3,564円	(イ) 3,564 円
請求事務手数料 (A+B)	4 人	220円	(ウ) 880 円
(ア)～(ウ)の合計		+ 万 万 千 百 十 - ¥12136 円	

任意の4桁までの番号を選択しに印字することができます。
例1) 「1234」と記入した場合は「1234サツボロン」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツボロン」と印字されます。

請求番号

郵便番号 060-0002 電話番号 111-2222

住 所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

氏 名 理事長 札幌 太郎

※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 1234567
(右詰で記載)

請求印

理事長の印

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明でない場合、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

健康 信金 信組

本店

札幌

預金種目

1 普通 2 当座

口座番号

9876543

●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。

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。

※請求印及び拾印は「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ェルネス推進部 ウェルネス推進課 がん検診担当 Tel.211-3514 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16頁)

<記載例・・・様式2 (判定票兼請求明細書)>

様式2-1

胃がんリスク判定票兼請求明細書

(医療機関控)
(2025.4.1版)

検査実施日: 2025年4月15日

医療機関所在地 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

名称 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

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
オオトリ	カスオ	☒ 男 ☐ 女	40歳
漢字氏名	大 通 一 男	生年	昭和 60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
- 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
- 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
- 過去にピロリ菌除菌治療を受けたことがありますか
☐はい (年 歳) ☒いいえ ☐わからない
- 過去3年間に胃の検査を受けましたか。
☒はい (☒胃部エックス線検査・☐内視鏡検査、その他(具体的に 令和5年12月頃))
☐いいえ ☐わからない

【留意事項】

次の状態に該当する方は、胃がんリスク判定の対象となりません。

- ①明らかな上部消化器症状がある
- ②食道、胃、十二指腸疾患で治療中である
- ③胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬服用中
- ④胃切除後
- ⑤腎不全の治療中・経過観察中である
- ⑥過去にピロリ菌除菌を行ったことがある
- ⑦免疫不全・低下の状態、又は免疫抑制剤を服用している

陰性が陽性に○を記載してください

数値を記入してください(該当部分に数値または○を記載してください。)

検査結果(検査結果は数字で記入してください)			
検査項目	検査値	単位	判定
ペプシノゲン	PGI値	90.0 ng/ml	1陰性 2陽性
	PGII値	45.0 ng/ml	※陽性基準値 PGIが70.0ng/ml以下 かつI/II比が3.0以下
	I/II比	2.0	
血清ヘリコバクター ピロリ抗体価	検査方法 LA法		1陰性 2陽性
	12.0 U/ml		※陽性基準値 10U/ml以上

ペプシノゲン	陰性	陰性	陽性	陽性
ピロリ	陰性	陽性	陽性	陰性

総合判定(あてはまる項目に○をつけてください)

区 分	☐ A	☒ B	☐ C	☐ D
精密検査	なし	あり		

【請求区分】

- ☐一般
☒免除 ☒非課税 ☒課税証明書で確認
☐生活保護世帯

数値を記入してください
(報告下限値未満の場合空欄可)

貴院の検査方法(例:LA法、EIA法)を記入し、
右側に陽性基準値を記入してください。

あてはまる項目に○をつけてください

受診者負担額が免除になるのは、下記の方です。(詳細は2頁)

- (1)市・道民税非課税世帯に属する方
- (2)生活保護世帯に属する方

様式3

様式3については、
札幌市に提出不要

胃がんリスク判定説明書兼同意書

札幌市では胃がん予防を目的として、胃がんリスク判定を行い、判定結果をお伝えしております。
ご希望の場合は下記内容をご確認いただき、同意署名欄にご署名ください。

1 対象要件

- ・札幌市在住で、受診日当日に満40歳であること
- ・過去に札幌市の胃がんリスク判定を受けていないこと
- ・ピロリ除菌歴が無いこと
- ・その他、次の状態に該当しないこと
 - ①上部消化器（食道、胃、十二指腸）に自覚症状がある
 - ②上部消化器で治療中
 - ③胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬服用中
 - ④胃切除後
 - ⑤腎不全
 - ⑥免疫不全・低下の状態、又は免疫抑制剤を服用している

2 同意事項

- ・胃がんリスク判定は、血液検査により胃がんリスクを分類して評価する検査です。胃がんそのものを見つけ出す検査ではありません。
- ・個人情報を含む判定結果は実施医療機関を通して市へ報告されます。

3 注意事項

上記対象要件に合致しないことが判明した場合には、胃がんリスク判定に係る市の負担額を返還いただく場合があります。

4 検査内容

検査は、ヘリコバクター・ピロリ菌による感染の有無（ヘリコバクター・ピロリ抗体検査）と胃粘膜の萎縮度（血清ペプシノゲン検査）を組み合わせ、A・B・C・Dの4群に分類して評価します。

なお、B～D群と判定された方は、医療機関等で精密検査（内視鏡検査等）を実施することを推奨いたします。また、A群と判定された方についても50歳以降、定期的に胃がん検診を受けることを推奨いたします。

上記対象要件・同意事項・注意事項・検査内容等を確認し、十分に理解した上で、胃がんリスク判定を受診することに同意いたします。

2025年4月15日 受診者署名 大通 一 男

＜記載例・・・様式4（偶発症発生報告書）＞

様式 4

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：「パ」は「ハ」と「・」を別々の枠に記入)	医療機関名 住所 電話 医師名		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> 姓 名 カ ナ フリガナ 漢 字 氏 名 </td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> 性別 ☐ 男 ☐ 女 生 年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 生 </td> </tr> </table>		姓 名 カ ナ フリガナ 漢 字 氏 名	性別 ☐ 男 ☐ 女 生 年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 生
姓 名 カ ナ フリガナ 漢 字 氏 名	性別 ☐ 男 ☐ 女 生 年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 生		
住所 札幌市 区 TEL			

【発生状況】

一次検診種類	☐ 胃がん検診 (☐ 胃部エックス線 ☐ 経口内視鏡 ☐ 経鼻内視鏡) ☐ 大腸がん検診 ☐ 子宮がん検診 (☐ 頸部 ☐ 体部) ☐ 乳がん検診 (☐ マンモグラフィ検査 ☐ 超音波検査) ☐ 肺がん検診
発生時点	☐ 胃がんリスク判定 ☐ 前立腺がん検査 (P S A 検査)
発生部位	☐ 一次検診の検診中又は検診後 ☐ 二次精検の精検中又は精検後 二次精検の検査方法 ()
偶発症の種類	
重症度	☐ 入院 ☐ 死亡
入院医療機関	
発生時の状況	

様式2-3

胃がんリスク判定票兼結果通知書

(本人控)

検診実施日: 20 年 月 日 医療機関
所在地結果判明日: 20 年 月 日 名称

氏名

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	☐ 男 ☐ 女
カタカナ フリガナ		生年月日	
漢字 氏名		昭和	年 月 日生
住所	札幌市	区	
			TEL

《総合判定の見方》

ピロリ菌の感染や、それに伴う胃炎がある場合は、胃がんになりやすいと言われております。 胃がんリスク判定は、血液検査(血清ペプシノゲン値・ヘリコバクターピロリ抗体)から胃炎の程度やピロリ菌感染を判定し、リスクを下表のABCDの4群に分類するものであり、その中でリスクが高い方には精密検査を受診するよう推奨しております。(結果については、《胃がんリスク判定結果》をご覧ください)				
区分	血清ペプシノゲン値	ピロリ菌抗体	胃がんリスク	説明
A	陰性	陰性	低	健康的な胃粘膜で、胃炎の可能性は低いと言えます。ただし、A群と判定されても胃がんにかかる可能性はゼロではありません。A群と判定された場合であっても、定期的に胃がん検診を受診することを推奨いたします。
B	陰性	陽性		ピロリ菌感染により胃炎が生じている可能性があります。かかりつけ医と相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じてピロリ菌の除菌治療などを行うことを推奨いたします。
C	陽性	陽性		胃炎が進み、胃粘膜萎縮が生じている可能性があります。かかりつけ医と相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じてピロリ菌の除菌治療などを行うことを推奨いたします。
D	陽性	陰性	高	胃粘膜萎縮がすすみ、ピロリ菌が胃に定着した状態にある可能性があります。胃がんのリスクが最も高いグループとされるため、かかりつけ医に相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じて、治療を行うことを推奨いたします。

《胃がんリスク判定結果》

検査結果(検査結果は数字で記入してください)			
検査項目	検査値	単位	判定
血清ペプシノゲン	PGI値	ng/ml	1 陰性 2 陽性
	PGII値	ng/ml	※陽性基準値 PGIが70.0ng/ml以下 かつI/II比が3.0以下
	I/II比	-	
血清ヘリコバクター ピロリ抗体	検査方法 法		1 陰性 2 陽性
		U/ml	※陽性基準値 ☐ U/ml以上

ペプシノゲン	陰性	陰性	陽性	陽性
ピロリ	陰性	陽性	陽性	陰性
総合判定(あてはまる項目に☑をつけてください)				
区 分	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
精密検査	なし	あり		

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

(あて先) 札幌市長

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 —	Tel —	
(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ウェルネス推進課(Tel211-3514)までお問い合わせください。

〈令和7年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部ウェルネス推進課

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

年 月 日

医 療 機 関 名			
住 所	〒 ー 区		
電話番号及び担当者名	電話番号	ー	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(20組綴)	冊	胃がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書(20組綴)	冊	胃がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書(20組綴)	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(20組綴)	冊	大腸がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	大腸がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書(20組綴)	冊	乳がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	乳がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	子宮がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	子宮がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書(30組綴)	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票(30組綴)	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