

令和8年度
札幌市大腸がん検診（医療機関委託）
実 施 要 領

令和8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 F A X でお願ひします～	

札幌市大腸がん検診実施要領

1 目 的

この要領は、健康増進事業の一環として大腸がんを早期に発見し、市民の健康保持に寄与するために行う大腸がん検診の委託実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

2 対 象 者

大腸がん検診の対象者は、下表のとおりとする。

なお、検診実施医療機関の医師の判断によっては、下表の要件を満たす場合でも札幌市大腸がん検診を受診することができないこともある。

項 目	要 件	留 意 事 項
住 所	札幌市内に居住地を有する方	・マイナンバーカード、資格確認書など公的証明書類で確認すること。 ・住民票が他市町村にあっても、札幌市内に居住していれば検診の対象者とすることができる。
年 齢	受診日当日に40歳以上	・受診日当日に40歳に達していること。
他 の 検診制度との関係	職場等で受診する機会のない方	・受診者より職場等で検診を受診する機会がないことを確認すること。 ・健康保険の種別は問わない。
受診間隔	年に1回	・前回受診より概ね1年(最低10ヶ月以上)経過していること。 ・同年齢での受診は1回までとする。

※詳細については、Q&A（10頁）を参照のこと

3 実施機関

(1) 検診実施医療機関の指定

検診実施医療機関は、札幌市医師会が指定する医療機関とする。

ただし、指定にあたっては、以下のとおり取り扱うものとする。（11頁のQ&A参照のこと）

ア 札幌市国民健康保険の特定健診（とくとく健診）の実施医療機関の指定を受ける場合は、同時に大腸がん検診の実施医療機関に指定されるものとする。

イ 札幌市国民健康保険の特定健診（とくとく健診）の実施医療機関の指定を受けない医療機関のうち、別途定める札幌市の胃がん検診の実施医療機関は、原則として、大腸がん検診の実施医療機関に指定されるものとする。

(2) 医療機関情報変更の届出（札幌市への届出）

指定医療機関は、所在地、医療機関名称、委託料振込口座などの情報に変更がある場合、所定の「変更届」（21頁参照）を札幌市に提出するものとする。

(3) 指定廃止の届出（札幌市医師会への届出）

指定医療機関は、検診の指定を廃止する場合、札幌市医師会へ連絡のうえ、所定の手続きをしなければならない。

4 検診料・受診者負担額

	検診料	(受診者負担額	札幌市負担額)	請求事務手数料
大腸がん検診	1,247円	400円	847円	220円

5 受診者負担額の免除

下表の免除対象者に該当する方から、受診者負担額の免除の申し出を受けた場合には、それぞれ当該事実を明らかにする下表の証明書類の提示を受けて確認するものとする。(検診受診当日に証明書類を提示する必要がある。)

証明書類の原本は確認後、本人に返却することとし、下表備考を参照し、写しが必要とされている証明書類については、可能な限りコピーを取って請求月ごとにとりまとめ、請求書類一式に写しを同封すること(受付業務の都合などにより、やむを得ない場合は、写しを省略することができる。)。なお、下表に記載のある証明書類以外を使用することはできないものとする。

免 除 対 象 者 ※1頁2の対象要件に該当すること	証 明 書 類	備 考
70歳以上の方	○ マイナンバーカード、資格確認書等の公的書類(年齢確認のみ)	写し不要
市・道民税非課税世帯の方 (①・②のいずれか)	① 市・道民税が非課税であることが確認できる書類(「課税証明書」「所得証明書」「納税証明書」) ・18歳以上の世帯全員分 ・均等割額及び所得割額の双方が0円であること。 ・市税事務所、区役所の税の窓口で発行(手数料無料)。 ② 介護保険料納入通知書、介護保険料確定通知書、介護保険料特別徴収(決定・変更・停止)通知書(いずれも65歳以上のみ) ・保険料段階が第1段階～第3段階のもの。	可能な限り写しが必要 検診票兼請求明細書に「段階」と「被保険者番号」を記入すること。
65歳～69歳で後期高齢者医療制度に加入の方 (①・②のいずれか)	① マイナ保険証、資格確認書のいずれか ・保険者番号が3901から始まる。 ・加入者は重度障がい者などに限定。 ② 後期高齢者健診受診券 ・自己負担額の有無に関わらず免除。	検診票兼請求明細書に3901から始まる「保険者番号」を記入すること。 可能な限り写しが必要
生活保護世帯の方 (①～③のいずれか)	① 生活保護受給証明書 ② 生活保護世帯健康診査受診券 ③ 生活保護法による医療券又は介護券(検診受診日の当月分又は前月分のみ有効)	可能な限り写しが必要
中国残留邦人等支援給付世帯の方	○ 本人確認証	可能な限り写しが必要

※課税証明書等の有効期限など詳細の取扱については、Q&A(12頁)を参照のこと

6 検診内容等

大腸がん検診の検診項目は、次に掲げる問診及び便潜血検査とする。

(1) 問診

大腸がん検診票兼請求明細書（様式2－1）により現在の症状、既往歴、喫煙状況、家族歴及び過去の受診状況等を聴取するものとする。

なお、必要に応じて、医療機関で通常使用している帳票等により実施することもできるものとする。

受診時には本市より送付している「受診者への説明文（札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ）」を配布することとする。また問診の結果、喫煙者と判明した者に対しては、可能な範囲で、本市より送付している「喫煙防止パンフレット」を配布することとする。

(2) 便潜血検査

便潜血検査は免疫便潜血検査2日法により行うものとし、採便方法、検体の回収及び検体の測定については、次のとおりとする。

ア 採便方法

採便用具（ろ紙、スティック等）を配付し、自己採便とする。

なお、採便用具の使用方法、採便量、初回採便から2回目までの日数、初回採便後の検体の保管方法等は検診精度に大きな影響を与えることから、採便用具の交付に際しては、その旨を検診受診者に十分説明を行うものとする。

また、採便用具の交付は、検体の回収日時を考慮して、適切な時期に行うこととする。

イ 検体の回収

初日の検体は、受診者の自宅において冷蔵保存（冷蔵庫での保存が望ましい。）し、2日目の検体を採取した後即日回収することを原則とする。また、やむを得ず即日回収できない場合でも、回収までの時間を極力短縮し、検体の回収、保管及び輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払うものとする。

なお、排便がないなどの理由で2日分の検体を提出できなかった場合は、原則として後日あらためて検体を提出させる。ただし1回の排便しか採取できなく、かつあらためて提出するのがあらかじめ困難と判明している場合、1日の採便でも例外として取り扱うこととする。

ウ 検体の測定

検体回収後速やかに行うものとし、速やかな測定が困難な場合は、測定を実施するまでの期間、必ず冷蔵保存するものとする。

(3) 検診結果の区分

大腸がん検診の結果は、問診の結果を参考として、免疫便潜血検査の結果により判断し、「便潜血陰性」及び「要精検」に区分し、大腸がん検診票兼請求明細書（様式2－1）に記録するものとする。

(4) その他

必要に応じて、がんに関する知識の啓発・健康指導を行うものとする。

7 検診結果の通知

医療機関は、検診の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、結果を明記した検診結果通知書（参考－1（20頁参照））又は医療機関で独自に作成している様式などにより、受診者に対し速やかに通知又は面談による説明を行うとともに、事後

管理について必要な指導を行うものとする。

また、「要精検」と区分された方には、後記8による精密検査の実施、「便潜血陰性」と区分された方には、食生活等日常生活の一般的指導を行い、翌年の検診受診を勧奨するものとする。

なお、結果の通知及び説明に係る費用については、2頁4の検診料に含まれている。

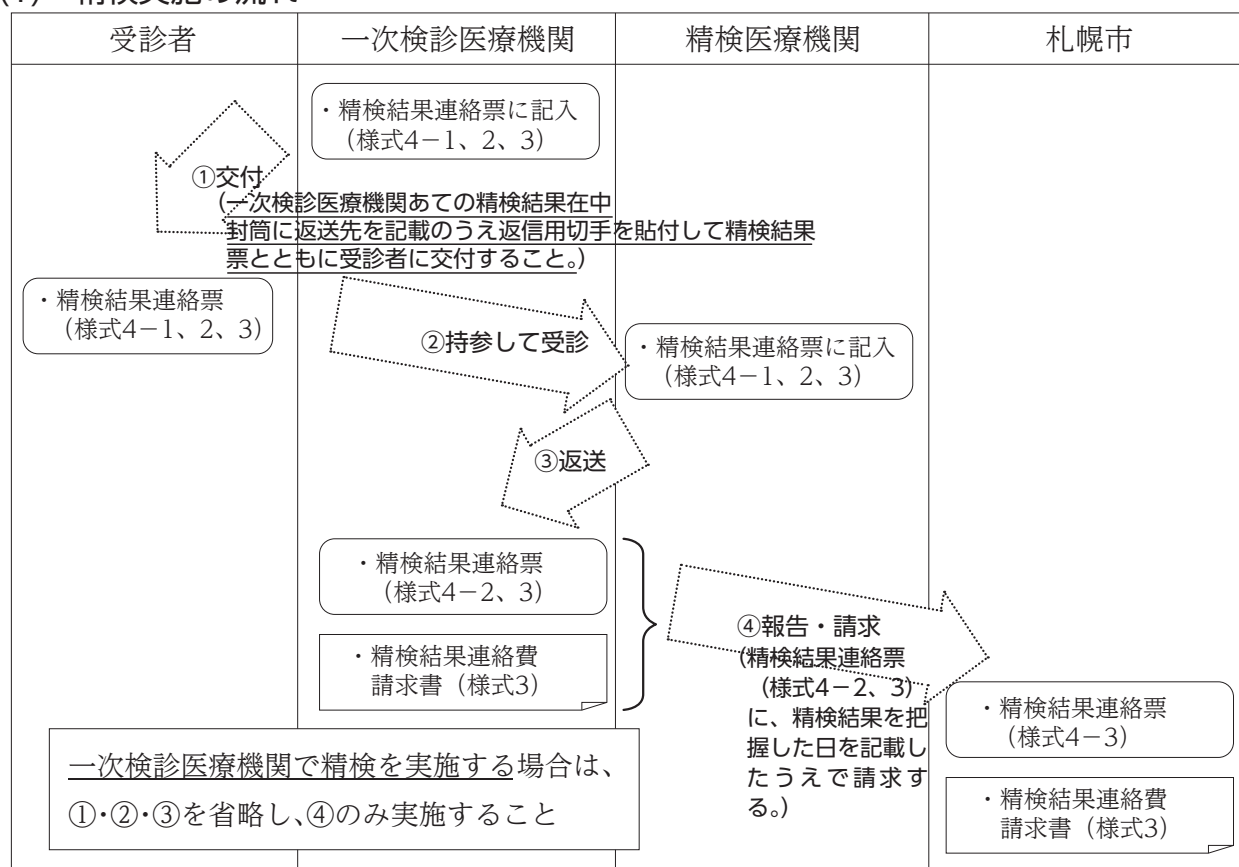
※ 診療報酬上では、「初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合」は、初診又は再診に附随する一連の行為とみなされ、別に再診料又は外来診療料は算定できないとされていますので、その点ご注意ください。

8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告

医療機関は、検診の結果、精密検査が必要と認めた方に対して、速やかにその結果について通知又は面談による説明を行うとともに、以下の要領により精密検査を受診するよう指導し、その結果について札幌市へ報告することとする。その際、事務手数料として220円（税込）を札幌市に請求できるものとする。

（5頁9－(2)を参照のこと）

(1) 精検実施の流れ



(2) 留意点

ア 他医療機関で精検を実施する場合

(ア) 上記の①～④の流れにより精検を実施し、その結果を札幌市へ報告するものとする。

- (イ) 受診者には、必ず精検結果連絡票（様式４）と返信用の切手を貼付した返信用封筒*（精検医療機関から一次検診医療機関への返送用封筒）を交付し、精検を受診する際に、精検医療機関に提出するよう指導するものとする。

※返信用封筒には、返信用切手を貼付し、返信先を記載する。

- (ウ) 精検医療機関から一次検診医療機関に精検結果連絡票の返送が無い場合は、精検医療機関又は受診者に問い合わせるなどして精検結果を把握し、札幌市へ報告することとする。

イ 一次検診医療機関（自院）で精検を実施する場合

４頁の表の①～③を省略し、④の札幌市への報告・請求を行うものとする。

ウ 精検の受診勧奨等

要精検者については名簿等の作成による十分な管理を行い、精検未受診者に対しては受診勧奨を行うこととする。

９ 検診料等の請求

医療機関は、検診料等の請求を以下の要領により行うものとする。

なお、請求に係る提出書類は一部機械による文字読み取りを行うことになっていることから、記載にあたっては枠をはみ出さないよう注意するものとする。

(1) 検診料の請求

ア 請求単位

原則、月単位（１日から月末までの１か月単位）で請求するものとする。

なお、当該請求については、検診実施日に基づき、請求するものとする。

イ 提出期限

検診実施月の翌月15日まで提出するものとする。（ただし、３月分は４月10日まで）

ウ 提出書類

検診料の請求に際しては、以下の書類を札幌市へ提出するものとする。

(ア) 大腸がん検診請求書（様式１－１）

(イ) 大腸がん検診請求兼報告書（様式１－２）

(ウ) 大腸がん検診票兼請求明細書（様式２－２）

※ 様式１は３枚複写で様式１－１及び１－２（上から１枚目・２枚目）を札幌市に提出する。残りの３枚目（様式１－３）は医療機関控えである。

※ 様式２は２枚複写で様式２－２（上から２枚目）を札幌市に提出する。１枚目（様式２－１）は医療機関控えである。

エ 月遅れ分の請求等

原則上記イの期限までに請求するものであるが、やむを得ず期限までに請求ができなかった分については、月遅れ分として請求することができる。詳細は、Q&A（14頁）を参照のこと。

(2) 精検結果連絡費の請求

４～５頁の８により札幌市へ精検結果連絡票を提出する際に、精検結果連絡費を以下により、札幌市へ請求することができる。

ア 請求

請求は一次検診医療機関が行うものとする。請求月は、一次検診医療機関が精

密検査結果を把握した日に基づき、請求するものとする。

イ 提出書類

(ア) 大腸がん検診精検結果連絡費請求書（様式 3-1）

(イ) 大腸がん検診精検結果連絡費請求兼報告書（様式 3-2）

(ウ) 大腸がん検診精検結果連絡票（様式 4-3）

※ 様式 3 は 3 枚複写で様式 3-1 及び 3-2（上から 1 枚目・2 枚目）を札幌市に提出する。残りの 3 枚目（様式 3-3）は医療機関控えである。

※ 様式 4 は 3 枚複写で様式 4-3（上から 3 枚目）を札幌市に提出する。1 枚目（様式 4-1）は精検医療機関控え、2 枚目（様式 4-2）は一次検診医療機関控えである。

ウ 請求単位・提出期限・月遅れ請求等

9(1)の検診料の請求と同様の取扱とする。

10 検診料等の支払

札幌市は、報告に基づき検査を行い、適正な請求であることを確認した日から30日以内に、請求書に記載されている金融機関の預金口座に振込むものとする。指定する振込口座を変更する場合は、必ず事前に所定の「変更届」(21頁参照)を札幌市に提出するものとする。

なお、詳細については、Q&A（14頁）を参照のこと。

11 精度管理項目

検診実施医療機関は、実施するがん検診の精度を確保するため、「精度管理項目」(7頁参照)に基づいた検診を実施するよう努めるものとする。

12 偶発症発生時の報告

以下の重篤な偶発症・偶発症による死亡が発生した場合は、一次検診・二次精検時に関わらず、別紙様式（19頁を複写して使用）により、本市に報告すること。

○ 重篤な偶発症＝入院治療を要するものとする。

例：検査中の転倒による骨折、精密検査（大腸内視鏡検査）時の大腸穿孔 等

○ 偶発症による死亡＝がんの見逃しによるものを除く

13 実施期日

この要領は、令和8年4月1日から実施する。

14 請求及び問い合わせ先

〒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
TEL 211-3514 FAX 211-3521

精度管理項目

1. 検査の精度管理

■便潜血検査

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

- ☐ 検査は、免疫便潜血検査2日法を行う。
- ☐ 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を明らかにする。
- ☐ 大腸がん検診マニュアル（2021年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行う*。
※測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判別の他に目視判定がある。検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない。
- ☐ 検体回収後原則として24時間以内に測定する（検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）。

■検体の取扱

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

- ☐ 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明する。
- ☐ 採便後即日（2日目）回収を原則とする。
- ☐ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導する。
- ☐ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存する。
- ☐ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存する。

■記録の保存

- ☐ 検診結果は少なくとも5年間は保存する。

■受診者への説明

解説：

- ①札幌市が作成する「受診者への説明文」を検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること。
- ②資料は検査を受ける前（検査キットの配布時）に配布する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

- ☐ 受診者への結果の通知・説明は、検体回収後2週間以内に行う。
- ☐ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果*（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、積極的な把握に努める。
※精密検査（治療）結果は精検結果連絡票（様式4）に記載のある情報を指す。

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

☐チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。

☐がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、札幌市から求められた項目を全て報告する。

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

大 腸 が ん 検 診 Q & A

【対象者】

Q 1 (住所)	10
Q 2 (他の検診制度・健康保険との関係)	10
Q 3 (受診間隔)	10

【実施機関】

Q 4 (特定健診・胃がん検診との関係)	11
----------------------	----

【受診者負担額の免除】

Q 5 (免除証明書が後日提示された場合の取扱)	11
Q 6 (市・道民税課税証明書及び介護保険料納入通知書、 介護保険料特別徴収(決定・変更・停止)通知書の取扱)	12
Q 7 (他の非課税世帯の証明書の取扱)	12

【検査内容等】

Q 8 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱)	13
-----------------------------	----

【検診料等の請求・支払】

Q 9 (精検結果連絡・精検結果連絡費請求の回数)	13
Q10 (月遅れ分の請求等)	14
Q11 (検診料の振込時期)	14
Q12 (検診料等の消費税の取扱)	14

【 対 象 者 】

Q1（住所）

札幌市内に居住しているが、住民票が他市町村にある場合は、対象者になるのか。その場合の現住所の証明はどうするのか。

A 札幌市のがん検診の住所要件は「札幌市内に居住地を有する方」であるため、住民票が他市町村にあっても、札幌市内に居住している方は対象者としている。

その場合で、免許証やマイナンバーカード、資格確認書などの公的書類により、現住所を確認できないときは、可能な限り公共料金の領収書などにより現住所の確認をすること。

なお、以下の点に注意のこと。

- ① 施設等に長期入所していて、住民票が他市町村の自宅にある場合は、当該施設等の担当者に確認したうえで、施設の住所を現住所として取り扱い、検診の対象者とする。
- ② いずれの方法によっても現住所確認が困難な場合は、必ず受診者本人に検診票兼請求明細書の住所欄に現住所を記載させること（やむを得ないと認められる場合に限り、証明書類の提示を省略できることとする。）。
- ③ 勤務地が札幌市で居住地が他市町村の場合や旅行者など短期滞在の場合は、札幌市のがん検診の対象とはならない。このような方が来院された場合は、居住している市町村で実施している検診を受診するよう教示すること。

Q2（他の検診制度・健康保険との関係）

勤務先でがん検診の制度がある場合は、この検診の対象者となるのか。

A 札幌市のがん検診の対象者は、「職場等で受診する機会のない方」としているため、他に受診機会がある方は対象者とはならない。

加入している健康保険の種別は問わないが、公務員の共済組合や大企業健康保険などでは、本人及び家族向けの「がん検診」制度を設けている場合が多いため、窓口で確認すること。

なお、勤務先等で検診制度があっても、受診機会を逃した場合、抽選で漏れた場合等やむをえない事情がある場合は、対象者とすることができる。

Q3（受診間隔）

前回受診より概ね1年経過とは、どの程度と考えればよいか。

A 概ね1年経過とは、最低10か月以上経過とする。

なお、受診間隔の考え方としては、「年度」ではなく、「年」単位で1回としている。例えば2025年4月に受診し、次回の受診が2026年2月となる場合、年度では2025年度に2回受診となるが、間隔が10か月以上あいているため、対象とすることができる。ただし、同年齢での受診は1回までとする。例えば、45歳で受診した場合、次に対象となるのは46歳になってからである。

【 実 施 機 関 】

Q 4（特定健診・胃がん検診との関係）

大腸がん検診の指定医療機関は、原則として、札幌市国民健康保険の特定健診（とくとく健診）又は札幌市の胃がん検診が実施できる医療機関とされていることについて。

A 従前より、胃がん検診と大腸がん検診はセット検診との位置づけで実施してきており、実施医療機関の選定にあたっては、両方の検診の対応が可能である医療機関を指定医療機関としてきた経緯がある。

大腸がん検診は、便潜血検査としているが、検査方法が比較的簡便であり、検診効果も高いことから、多くの医療機関において検診を実施し、受診者数の増加を図ることを目的に、平成20年度より特定健診の実施医療機関においても大腸がん検診を実施することとしたものである。

このため、大腸がん検診の指定医療機関は、特定健診もしくは胃がん検診の指定医療機関にもなっている。

ただし、これは大腸がん検診受診希望者が、同時に特定健診もしくは胃がん検診とセットで受診しなければならないという意味ではないので、大腸がん検診、胃がん検診、特定健診をそれぞれ単独で受診できることとする。

【 受診者負担額の免除 】

Q 5（免除証明書が後日提示された場合の取扱い）

検診受診日当日に受診者負担額免除の証明書類の提示がなく、後日に提示された場合はどのように取り扱えばよいか。

A 受診者負担額免除の証明は、検診日当日に提示することとしており、原則として後日提示による受診者負担額の払い戻しは認めていない。

しかしながら、当日に証明書類の持参を忘れたというような事情がある場合は、いったん受診者負担額を支払ってもらい、後日、免除書類の提示があり次第、払い戻しをしても構わないこととする。

ただし、受診者負担額は医療機関の収入であるため、札幌市から受診者又は医療機関に対し受診者負担額相当分を払い戻すことはできない。

Q6（市・道民税が非課税であることが確認できる書類及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書の取扱）

市・道民税が非課税であることが確認できる書類及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書には有効期限はあるのか。また、課税基準日前には他市町村に移住していて、札幌市から課税証明書等が取得できない場合の取扱は？

A ① 市・道民税が非課税であることが確認できる書類及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書の有効期限

課税証明書は、前年所得額をベースに1月1日付で課税額が決定され、毎年、5月頃に最新の情報に更新されるものである。また、介護保険料納入通知書は6月頃に当該年度のものが送付される。

新旧証明書の更新時期である4月～6月については、医療機関窓口での混乱を避けるため、新旧両方の証明書を有効のものとして取り扱うこととする。

- ・ 令和8年6月まで：令和7年度及び令和8年度の課税証明書及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書が有効
 - ・ 令和8年7月以降：令和8年度の課税証明書及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書が有効
- 上記の要件を満たしていれば、発行日は問わないこととする。

② 札幌市から課税証明書等が発行されない場合の取扱

課税証明書等は1月1日付で居住していた市町村から発行されるため、その後に札幌市に転居してきた場合などは札幌市から課税証明書等が発行されないことになる。この場合は、他市町村発行の課税証明書等により受診者負担額の免除を証明できるものとして取り扱うこととする。なお、有効期限の考え方は①と同様である。

他市町村の課税証明書等の取り寄せ方法について受診者から質問があった場合は、転居前の市町村に問い合わせるよう教示すること。

なお、海外居留等で市・道民税が非課税であることが確認できる書類が発行できない方については、非課税として取り扱われないため、免除対象者には当たらない。

Q6（他の非課税世帯の証明書の取扱）

「自己負担額0円の札幌市国保の特定健診受診券」や「限度額適用標準負担額認定書」は非課税世帯の証明書にならないのか。

A 札幌市国保における非課税世帯と札幌市がん検診における非課税世帯は要件が異なるため、証明書類にはならない。

【 検 査 内 容 等 】

Q 8（引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱）

便潜血検査に引き続いて、精密検査や医療を実施する場合は、どのように取り扱えばよろしいか

A

① 検診日当日に追加検査を実施する場合

医療保険又は自由診療により対応すること。なお、検査実施前に、受診者に対し、追加検査が必要であること、検査費が別途発生することを必ず説明し、同意を得ること。

② 検診結果により後日精密検査を実施する場合

医療保険により対応すること。なお、精密検査の結果については、実施要領 4 頁の「8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告」に基づき、処理すること。

③ 検診後、引き続き医療を実施する場合

医療保険により対応すること。

④ 診療報酬上の初診料、再診料の取扱

- ・ 検診当日に引き続き検査・医療を実施：初診料は算定できない。
- ・ 後日に検査・医療を実施：再診料が算定できる。

【 検診料等の請求・支払 】

Q 9（精検結果連絡・精検結果連絡費請求の回数）

経過観察の必要等の理由により、1 回のがん検診（一次検診）に対応する精密検査を複数回にわたって行った場合、それぞれの精密検査について、精検結果連絡票（様式 4）の提出と、精検結果連絡費請求書（様式 3）の計上が必要になるか。

A

1 回のがん検診（一次検診）に対応する精密検査に係る精検結果連絡票（様式 4）による報告と精検結果連絡費請求書（様式 3）の計上は、原則として初回の精密検査の分のみを行うこととする。

Q10（月遅れ分の請求等）

事務処理上の都合で請求漏れが発生した場合、どのように請求すればいいのか。

- A**
- ① **月遅れ請求分が同年度内のものである場合**
 月遅れ請求分は、提出期限内の請求書と合算して請求書を作成し、月遅れの請求月を追記すること。なお、原則として年度内に請求すること。
 例えば、2026年6月分を請求する際に、4月分と5月分の請求漏れを併せて請求する場合は、6月分の請求書の「2026年6月分」の記載に続けて4月分、5月分と追記し、6月分のほか4月分、5月分の請求漏れの受診者数・金額を合算して記載することになる。
- ② **月遅れ請求分が前年度以前のものである場合**
 やむを得ず請求する場合は年度ごとに請求書を作成すること。なお、同年度内で複数月分の請求をする場合は、上記①のとおり年度内で合算して請求すること。なお、年度により検診料金が異なる場合があるため、それぞれの年度の請求書様式を使用すること。

Q11（検診料の振込時期）

札幌市に請求する検診料（委託料）は、どれぐらいで指定の口座に入金されるのか

- A**
- 各医療機関から請求を受けた検診料については、札幌市で確認、審査、データ処理を行い、適正と認められてから30日以内に指定の口座に振り込むこととしている。
- この確認、審査、データ処理には概ね1か月程度時間を要するものであるため、これまでの状況を踏まえ、概ね下表の日程により支払を行う予定であるが、請求書の記載誤り等があり、差し替えを行わなければならないような事情が発生した場合などは、支払が予定より遅延することがある。

検診月	提出期限	支払予定日	検診月	提出期限	支払予定日
4月分	5月15日	7月末まで	10月分	11月13日	1月末まで
5月分	6月15日	8月末まで	11月分	12月15日	2月末まで
6月分	7月15日	9月末まで	12月分	1月15日	3月末まで
7月分	8月14日	10月末まで	1月分	2月15日	4月末まで
8月分	9月15日	11月末まで	2月分	3月17日	5月末まで
9月分	10月15日	12月末まで	3月分	4月9日	5月末まで

※上表の提出期限は、請求書等の提出期限であり、3月分の提出期限を除き多少の遅延は可とする。（月遅れ等の処理など詳細については、Q10を参照）

Q12（検診料等の消費税の取扱）

検診料（委託料）と受診者負担額には消費税が含まれているのか。

- A**
- 札幌市から医療機関に対して支払う検診料（委託料）、受診者負担額ともに消費税込み（内税）の額である。

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

(札幌市提出用)
(2026.4.1版)

大腸がん検診請求書

※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。

（あて先）札幌市長
下記の通り請求します。

2026年 5 月 8 日

記

2026年 4 月分

区 分	受 診 者 数	単価(税込)	金 額
一 般	3 人	847円	(ア) 2,541 円
免 除	1 人	1,247円	(イ) 1,247 円
請 求 事 務 手 数 料	4 人 (受診者総数)	220円	(ウ) 880 円
(ア)～(ウ) の 合 計		千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 一	円

任意の4桁までの番号を順番に印字することが
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

医療機関コード
(右詰で記載)

郵便番号を必ず
記載してください。

郵便番号

電話番号

住所

医療機関名

氏 名

請求印

理事長の印

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。

※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

健康

信金

札幌

信組

本店

支店

出張所

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。

<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22頁)

<記載例・・・様式2 (検診票兼請求明細書)>

様式2-1

(医療機関控)
(2026.4.1版)

大腸がん検診票兼請求明細書

検診実施日: 20 26 年 4 月 16 日

医療機関
所在地 札幌市中央区北2条西1丁目

名称 医療法人社団 札幌ウェルネス

氏名 理事長 札幌 太郎

※この様式は2枚綴りとなっています。
札幌市には2枚目(様式2-2)を提出
してください。
1枚目様式2-1は医療機関控えです。

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 オ オ ト ゝ オ リ カ ス ゝ オ
漢字 氏名 大 通 一 男

性別 ☒ 男 ☐ 女
生年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 60 歳
41 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

便を取った日 1回目 2026年 4月 15日

2回目 2026年 4月 16日

1 次の症状についておたずねします。

- ① 最近、便に血がついたり、混じったりしたことがありますか。
ある (月頃から) ない わからない
- ② 最近、便秘や下痢ぎみですか。
はい……便秘・下痢 (3 月頃から 2 回/日) いいえ
- ③ 最近、便秘と下痢を繰り返すことがありますか。
ある (月頃から) ない
- ④ 最近、便が細くなったように思いますか。
はい (月頃から) いいえ
- ⑤ 最近、食後、空腹時、排便の前後に小腹が痛んだり、はったりしますか。
はい (月頃から) いいえ
- ⑥ 痔(じ)疾患はありますか。
ある ない
- ⑦ 今までに胃か腸の病気をしたことがありますか。
ある → いつ 32 歳 胃潰瘍 部位または病名 ない

2 血のつながりのある方で大腸がん等にかかった人がありますか。

ある (祖父・祖母・父・母・兄弟・姉妹) ない
(大腸がん・大腸ポリープ・その他)

3 今までに大腸がん検診(検査)を受けたことがありますか。

ある → いつ : 2025 年 4 月頃
どこで : 医療機関・対がん協会・その他 ()
検査項目 : 便潜血検査・精密検査(全大腸内視鏡)・S状結腸内視鏡・注腸X線・生検・その他・不明
検査結果 : 異常無し 異常あり ()

4 あなたは現在喫煙をしていますか? ① 喫煙している 2 禁煙した 3 喫煙したことがない

※医療機関記入欄 (下欄の該当部分□に✓印をしてください)

検査結果 1回目 (+ -) 2回目 (+ -)
☐ 精検不要 ☒ 要精検

請求区分

- ☐ 一般
- ☒ 免除
- ☒ 非課税
- ☒ 課税証明書で確認
- ☐ 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書で確認
→ (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

診断者氏名 札幌 太郎

受診者負担額が免除になるのは、40歳以上の次の方です。(詳細は2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

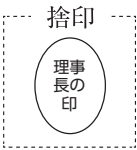
がん検診の精度管理に影響
しますので、「検査結果」は
正確にご記入願います。

様式3-1

(札幌市提出用)
(2026.4.1 版)

大腸がん検診精検結果連絡費請求書

(あて先) 札幌市長
下記のとおり請求します。



2026 年 5 月 8 日

記

大腸がん検診精検結果判明 20 26 年 4 月分

※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3-1と様式3-2)を提出してください。
一番下の様式3-3は医療機関控えです。

区 分		人 員
精 検 結 果	A 異 常 認 め ず	3 人
	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 腺 腫 の あ っ た 者	人
	E が ん 以 外 の 疾 患 で あ っ た 者	1 人
合 計		4 人

十 万 万 千 百 十 一
× 220円 = 880 円

任意の4桁までの番号を通帳に印字することができます。
例1)「1234」と記入した場合は「1234サツポロシ」と印字されます。
例2)全て空白の場合は「0000サツポロシ」と印字されます。

請求番号 医療機関コード (右詰で記載) 1234567

※合計金額(上部)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。

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

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

健康

銀行
信金
信組

札幌

本店
支店
出張所

預金種目
1 普 通
2 当 座

口座番号
9876543

- 合 計 金 額 欄……金額の訂正はできません。
- 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)以外の口座に振込を希望する場合は、別途手続きが必要となります。
- 請求印・捨印欄……シャチハタ印は使用できません。

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり大腸がん検診において、精密検査が必要となりました。
お手数おかけいたしますが精密検査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あ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。

大腸がん検診精検結果連絡票

1 検査年月日

2026 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 腺腫のあった者

☐ 10mm以上

☐ 10mm未満

☐ E がん以外の疾患であった者

☐ 痔疾患

☐ その他

2. 2 検査方法（必ず記入してください。）

☒ 全大腸内視鏡

☐ S状結腸内視鏡＋注腸X線

☐ 注腸X線

☐ 便潜血検査のみ

☐ その他

☐ 不明

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 () カ月後

(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

【返送先】

以下、一次医療機関記載

一次検診実施

精検結果把握日: 2026 年 4 月 25 日※1

一次検診結果

一次検診実施日: 2026 年 4 月 15 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 ^ オ リ カ ス ^ オ

大 通

一 男

性別

☒ 男 ☐ 女

生 年 月 日

☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭

6 0 歳

4 1 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

便潜血検査

1 回目 (+ -) 2 回目 (+ -)

所 見

便潜血陽性

※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。

- 18 -

<様式5（偶発症発生報告書）>

様式 5

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「ド」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 年月日 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
	☐ 胃がんリスク判定 ☐ 前立腺がん検査（P S A検査）
発生時点	☐ 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（ ）
発症部位	
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	

年 月 日

様

大腸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、1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

(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	
□ 座 番 号			
(フ リ ガ ナ) □ 座 名 義 名			

- ※① □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 □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8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	〒	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(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