

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

(札幌市提出用)
(2026.4.1版)

乳がん検診請求書

※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 9月 7日

記

2026年 9月 7日

区 分	受診者数	単価(税込)	金 額
2方向撮影 (A)	一般 7人	9,156円	(ア) 64,092円
	免除 3人	10,956円	(イ) 32,868円
1方向撮影 (B)	一般 4人	5,431円	(ウ) 21,724円
	免除 3人	6,831円	(エ) 20,493円
請求事務手数料 (A+B)	17人 (受診者総数)	220円	(オ) 3,740円
超音波検査	一般 3人	3,050円	(カ) 9,150円
	免除 2人	3,850円	(キ) 7,700円
～(キ)の合計			¥159,767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サツポロン」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツポロン」と印字されます。

請求番号 0000

医療機関コード
(右詰で記載) 1234567

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

※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。

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

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

●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 TEL211-3514 fax 211-3521
<問い合わせ>
ご不明な点があり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

(医療機関控)
(2026.4.1版)

乳がん検診票兼請求明細書

検診実施日: 2026年4月15日

医療機関所在地 札幌市中央区北2条西1丁

名称 医療法人社団 札幌ウェル
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

フリガナ

漢字氏名

オ

オ

ト

*

オ

リ

ハ

ナ

コ

大

通

花

子

生年月日

☐明

☐大

☒昭

48歳

53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

問	月経	最終月経： 自 3月25日 至 3月30日 閉経 歳
	分娩	有(2)人・無 流産 有()人・無
	授乳	初産年齢(28)歳、現在妊娠 か月、産褥 か月、 最終出産年齢(33)歳、妊娠の可能性(有・無)
	授乳	有(母乳、人工、混合)・無
診	既往歴	乳腺の病気： 有()・無()その他の病気() 手術(子宮、卵巣)： 有・無 ホルモン治療： 有・無 放射線治療： 有・無
	自覚症状	有()・無
欄	家族歴	家族でがんにかかった人：有()・無
	たばこの問診	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
	乳がん検診の既往	1. 無 2. 有(年前)

※医療機関記入欄 (下欄の該当部分□に✓印をしてください)

視触診

☐実施 (原則視触診は不要ですが、実施した場合はチェック欄にチェックしてください)

50歳以上の2方向撮影

※原則50歳以上は1方向撮影です。
☐実施(理由)

マンモグラフィ判定

カテゴリー ※ 判定不能

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ N-1 ☐ N-2 ☐

※左右の二重読影による判断の結果が異なった場合、よりカテゴリーの悪い方を記載すること。

エコー検査判定

カテゴリー 判定不能

(満40歳～満49歳のみ該当) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐ 0 ☐

検査結果 ※

☐精検不要 ☒要精検

※エコー検査を実施した場合は、エコー検査の結果を加味したうえで、検査結果を判断すること。

請求区分
(マンモ)

☐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
☐クーポン

請求区分
(エコー)

☐一般
☒免除

☒非課税

☒課税証明書で確認
☐生活保護世帯

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。

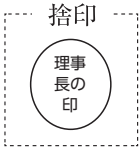
様式3-1

(札幌市提出用)
(2026.4.1 版)

乳がん検診精検結果連絡費請求書

(あて先) 札幌市長

下記の通り請求します。



記

2026 年 5 月 8 日

乳がん検診精検結果判明 20 2 6 年 4 月分

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 が ん 以 外 の 疾 患 で あ っ た 者	1 人
合 計		4 人

※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。

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サツボロシ」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツボロシ」と印字されます。

請求番号

医療機関コード (右詰で記載) 1 2 3 4 5 6 7

郵便番号	060-0002	電話番号	111-2222	請求印
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			

※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	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号
	札幌	2 当 座	普通	9 8 7 6 5 4 3

- 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。

<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 月 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	

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

1 乳がん超音波検査実施の利益

(1) 乳がんの発見率が高まります。

国の臨床試験によると、マンモグラフィ検査に乳がん超音波検査（以下「超音波検査」という。）を加えることによる死亡率減少効果は証明されていませんが、早期乳がんの発見率が約1.5倍に高まると報告されました。とくに、40代に多いとされる高濃度乳房（乳腺の密度が濃い乳房）は、マンモグラフィ検査だけでは病変を見つけにくい場合があります。超音波検査が有用であるといわれています。乳がんは日本人女性において最も罹患率の高いがんであり、乳がんを早期発見することによって適切な治療に結びつけることが大切です。

(2) 痛みが少なく被曝はありません。

超音波検査は、乳房に超音波を当てることで、腫瘤などの病変を検出する検査です。超音波検査に伴う放射線被曝はなく、痛みもほぼないため、安心して検査を受けることができます。

2 乳がん超音波検査実施の不利益

(1) 過剰診断される場合があります。

超音波検査を併用した場合、がんの発見率は高まりますが、過剰診断される場合があります。「過剰診断」とは、その人の寿命に影響を及ぼさないがんを発見・診断することです。現在の医療では、どのようながんが進行がんとなるのか、生命予後に影響を及ぼすかはわかっていません。早期治療を考えると、このようながんにも通常のがんと同じような検査（例：画像検査や細胞診検査など）や治療が行われるケースがあります。

(2) がんを見逃してしまう可能性があります。

がんが見つかりにくい場所や形をしている場合には発見できない事があり、検査の精度は100%ではありません。ただし、初回の検診でがんを診断できなかった場合でも、定期的に検診を受け続けることにより、がんを発見できる確率は高まり、がんによる死亡を回避する可能性も高くなります。このため、がん検診は単発の受診ではなく、適切な間隔（乳がんの場合、2年に1回）で受け続けることが必要です。

同意署名欄

超音波検査に係る利益・不利益について理解した上で、超音波検査を受診することに同意します。

なお、受診者の対象要件確認や検査の精度管理を行うことを目的に、札幌市が検査実施医療機関より受診者の氏名、生年月日、住所、電話番号、検査結果等の個人情報を取得することに同意します。

____年 ____月 ____日 同意署名 _____

年 月 日

様

乳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。次の偶数歳時にお受けください。
- 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