

令和8年度
札幌市乳がん検診（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

○ 札幌市乳がん検診実施要領	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	5
8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告	5
9 検診料等の請求	6
10 検診料等の支払	7
11 精度管理項目	7
12 偶発症発生時の報告	7
13 実施期日	7
14 請求及び問い合わせ先	7
○ 札幌市乳がん超音波検査実施要領	8
1 目 的	8
2 対象者	8
3 実施機関	8
4 検査料・受診者負担額	9
5 受診者負担額の免除	9
6 検査内容等	9
7 検査結果の通知	11
8 精密検査結果の札幌市への報告	11
9 検査料等の請求	11
10 検査料等の支払	12
11 偶発症発生時の報告	13
12 実施期日	13
13 請求及び問い合わせ先	13
○ 精度管理項目	14
○ 乳がん検診 Q&A	16
～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	24
・様式1 (乳がん検診請求書)	24
・様式2 (乳がん検診票兼請求明細書)	25
・様式3 (乳がん検診精検結果連絡費請求書)	26
・様式4 (乳がん検診精検結果連絡票)	27
○ 偶発症発生報告書(様式5)	28
○ 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(様式6)	29
○ 乳がん検診結果通知書(参考-1)	30
○ 検診等の請求に関わる事項の変更届	31
○ 請求書等の注文FAX様式	32
～ご注文は、できる限りFAXでお願いします～	