

衛 健 第 1 1 7 号
令和8年4月21日

申 込 者 各 位

大衡村健康福祉課長
(公 印 省 略)

令和8年度肺がんCT検診通知書

先にお申込みをいただきました肺がんCT検診を下記のとおり実施しますので、受診されますよう通知します。

記

1. 日程・会場 受付時間は、問診票の右上の日時に記載してありますが、ご都合の悪い方は、次の受付時間内においで下さい。

検診日	受付時間	検診会場
5月12日(火)	午前9:30~11:30	大衡村福祉センター

2. 検診料金

年齢基準日：令和9年3月31日

年 齢		CT検診	喀痰細胞診検査※
55歳(S.46.4.1~S.47.3.31)		3,000円	1,000円
60歳(S.41.4.1~S.42.3.31)			
65歳(S.36.4.1~S.37.3.31)			無料
70歳(S.31.4.1~S.32.3.31)			
75歳(S.26.4.1~S.27.3.31)			
上記年齢以外の方	50歳~69歳	8,800円	1,000円
	70歳以上		無料

※喀痰細胞診検査…喫煙指数が600未満の方は受けられませんのでご注意ください。

喫煙指数：1日に吸う本数×これまでに吸った年数

(例) 1日20本を30年吸った場合 ⇒ 20×30=600

3. 持ち物 問診票・検診料金・マスク(着用をお願いします。)

4. その他 当日は金具のない肌着(シャツ)1枚程度の着用で、撮影します。

◆問い合わせ先 健康福祉課 ☎022-345-0253