

衡 健 第 1 1 2 号  
令和 7 年 4 月 2 2 日

申 込 者 各 位

大衡村健康福祉課長  
(公 印 省 略)

令和 7 年度肺がん C T 検診通知書

先にお申込みをいただきました肺がん C T 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13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 8 年 3 月 3 1 日

年 齢		C T 検 診	喀痰細胞診検査※
55 歳 (S.45.4.1~S.46.3.31)		3,000 円	1,000 円
60 歳 (S.40.4.1~S.41.3.31)			
65 歳 (S.35.4.1~S.36.3.31)			無 料
70 歳 (S.30.4.1~S.31.3.31)			
75 歳 (S.25.4.1~S.26.3.31)			
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 ☎ 0 2 2 - 3 4 5 - 0 2 5 3