

様式 1

宿毛市のがん検診問い合わせ窓口

担当課室名	宿毛市健康推進課
電話番号	0880-62-1235

がん検診にかかる自己負担金

検診種別	対象年齢	集団検診	医療機関個別検診
胃がん検診 (エックス線)	40歳以上	600 円	—
			—
胃がん検診 (内視鏡)	50歳以上	—	3,500 円
		—	
子宮頸がん検診	20歳以上	500 円	900 円
胸部レントゲン (肺がん) 検診	40歳～64歳	200 円	200 円
	65歳以上	無 料	無 料
乳がん検診 (マンモグラフィ)	40歳以上	500 円	900 円
大腸がん検診	40歳以上	200 円	—
			—
前立腺がん検診	40歳以上	2,310 円	—

※各種がん検診を希望の方は、各種検診申込書で申し込みをしてください。申込者には、個人通知をいたします。

※年齢は、令和6年3月31日現在での年齢をいいます。

※子宮頸がん・乳がん検診は、2年に1度の受診です。

※生活保護法による被保護世帯に属する方は、検診会場の受付で証明書を提出していただければ、自己負担額が免除されます。

※前立腺がん検診のみの受診の場合、2,420円（110円の採血料）が必要です。

宿毛市の特定健診問い合わせ窓口

担当課室名	宿毛市健康推進課
電話番号	0880-62-1235

特定健診にかかる自己負担金

検診種別	対象年齢	集団検診	医療機関個別検診
特定健診	40歳～	0 円	0 円