

令和2年度

各種健康診査等のお知らせ

令和2年度の各種健康診査等は次の日時、場所で予定しています。
昨年度受診された方には自動的に問診票の発送を行っていますので、お申し込みは不要です。

	月 日	会 場	受付時間
健診機関①	4月22日(水)	西春別地域センターみらい館	6:30~10:30
	4月23日(木)~25日(土)	西春別ふれあいセンター	6:30~10:30
	4月26日(日)	床丹ファミリースポーツハウス	6:00~ 9:00
	5月8日(金)、9日(土)	中春別ふれあいセンター	6:00~11:00
	5月10日(日)	走古丹地域防災センター	6:00~ 9:00
	5月11日(月)	上春別地域センター	6:00~10:30
	5月12日(火)	中西別ふれあいセンター	6:00~10:30
	5月13日(水)	上風連地域センター	7:00~10:00
	6月12日(金)~16日(火)	別海町民保健センター	6:00~11:00
	7月17日(金)*	尾岱沼きらくる	16:00~17:30
	7月18日(土)、19日(日)	尾岱沼きらくる	6:00~11:00
	7月20日(月)	本別海地域センター	6:00~ 9:00
健診機関② (健診機関①の 問診票は使用 できません)	8月4日(火)、5日(水)	J A 道東あさひ上春別	6:00~11:00
	8月6日(木)、7日(金)	J A 計 根 別	
	8月19日(水)~21日(金)	J A 道東あさひ本所	
	8月25日(火)、26日(水)	J A 道東あさひ西春別	
	8月27日(木)、28日(金)	J A 中 春 別	

*7月17日には、胃がん検診は実施しません。

※健診機関①と②で、使用する問診票や検便容器等が異なります。問診票等がお手元に届いた後で「健診機関①から健診機関②に変更したい」などの希望がある場合はご連絡ください。

レディースデイ健診

上記の健診と合わせて子宮頸がん検診、乳がん検診も受けることができます。

- 日 程 西春別ふれあいセンター 10月8日(木)
別海町民保健センター 10月9日(金)から12日(月)
- 申込期間 7月27日(月)から8月14日(金)

申込期間が近づきましたら新聞チラシや広報8月号などでお知らせします。

<別海町民全ての方> ※健康保険の種類は問いません。

検診・検査項目と受診間隔	対 象	令和元年度参考料金
若者健診	19歳から39歳 (昭和56年4月1日から平成14年3月31日生まれ)	2,000円
胃がん検診		1,200円 70歳以上600円
肺がん・結核検診 (喀痰検診)		200円(喀痰 600円) 70歳以上100円(喀痰 300円)
大腸がん検診		500円 70歳以上 250円
肝炎ウイルス検査	40歳以上 (昭和56年3月31日以前生まれで今まで受けたことがない方)	B型肝炎 180円 C型肝炎 380円
エキノコックス検査		過去5年間受けていない方 無 料

※オプション検査(有料)として、下記の検査を受けることができます。ご希望の方は、当日会場でお申し込みください。

- ・前立腺がん検診 令和元年度参考料金 健診機関① 1,980円、健診機関② 2,750円
- ・骨粗しょう症検査 令和元年度参考料金 健診機関② 1,540円 (健診機関①での実施はありません)

<別海町国民健康保険の方>

検査項目	対 象	令和元年度参考料金
特定健康診査	40歳から74歳 (昭和21年4月1日から昭和56年3月31日生まれ) ※年度内に75歳になる方でも、健診当日に74歳であれば受けることができます。	2,000円

<別海町国民健康保険以外の方>

特定健診は国民健康保険の方を対象としていますが、協会けんぽや共済組合など国民健康保険以外の方でも条件を満たせば、同じ日程、会場で健康診査を受けることができます。お手元に**保険証をご用意の上**、必ず受ける健診日の**3週間前までに**保健センターへお問い合わせください。

<後期高齢者医療保険証をお持ちの方>

昨年度から、集団健診で後期高齢者健診を受けることができるようになりました。詳しくは、広報4月号13ページをご覧ください。役場町民課 (TEL 75-2111 内線1241~1243) へお問い合わせください。

<生活保護の方>

健(検)診料金の全額助成を行っています。ご希望の方は、**1週間前までに**保健センターへ直接または電話でお申し込みの上、生活保護受給者であることをお知らせください。当日会場での申し込みはお受けできませんので、ご注意願います。

スマートフォンからのお申し込みはこちら



申込み 別海町民保健センター TEL 75-0359 FAX 75-0337

FAX申込み用紙

※コピーして使用してください。 <送付先> 別海町民保健センター FAX 0153-75-0337

受けるものに○	氏 名	住 所	生年月日	電話・FAX	健診希望日
特定・若者・後期 胃・肺・大腸・ 肝炎・エキノ		〒 - 別海町	T・S・H 年 月 日	電話 FAX	月 日
特定・若者・後期 胃・肺・大腸・ 肝炎・エキノ		〒 - 別海町	T・S・H 年 月 日	電話 FAX	月 日

※ FAX で申し込まれた方には2日以内(土日・祝日を除く)に受付確認の返信をしますので、返信のない場合は、お手数ですが保健センターまでお問い合わせください。

※以下の太枠内、こちらでFAXを返信する際に使用しますので、何も書き込まないでください。

受付日	月 日	上記の内容で申込みを承りました。
-----	-----	------------------