

川崎市がん検診無料クーポン券等事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業実施要綱（平成30年3月28日健発0328第20号）（以下「総合支援事業実施要綱」という。）の規定に基づき、子宮頸がん及び乳がんに関する検診手帳並びに検診費用が無料となるがん検診無料クーポン券（以下「クーポン券」という。）を送付すること等により、がん検診の受診を促進し、がんの早期発見につなげ、がんによる死亡者の減少を図り、もって市民の健康保持及び増進を図ることを目的とする。

(クーポン券の対象者)

第2条 健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2による健康増進事業に関する要綱（平成20年3月31日19川健健第1766号。以下「健康増進事業要綱」という。）第2条第1号エ及びオに規定するがん検診（以下「がん検診」という。）の対象者のうち、令和6年4月20日を基準日として本市に住所を有している者であって、かつ次の各号に掲げるがん検診の区分に応じ、それぞれ定める期間内に生年月日を有する者とする。ただし、基準日以降に本市に住所を有した者であっても、第5条第2項に規定する申請を行った場合には対象とする。

(1) 健康増進事業要綱第2条第1号エに規定する子宮がん検診（以下「子宮がん検診」という。）

| 対象 | 生年月日 |
|--------------|------------------------------------|
| 子宮がん (女性) | 平成15(2003)年4月2日から平成16(2004)年4月1日まで |

- (2) 健康増進事業要綱第2条第1号オに規定する乳がん検診（以下「乳がん検診」という。）

| 対象 | 生年月日 |
|-------------|------------------------------------|
| 乳がん (女性) | 昭和58(1983)年4月2日から昭和59(1984)年4月1日まで |

(事業内容等)

第3条 事業の内容は次のとおりとする。

- (1) がん検診に係る検診手帳の交付及びクーポン券による費用負担
- (2) がん検診受診者への金銭的助成（クーポン券による費用負担に相当する額の助成）
- (3) 総合支援事業実施要綱に規定する個別の受診勧奨・再勧奨等
- (4) その他、第1条の目的を達成するために必要な事業の実施

2 前項第1号及び第2号に掲げる事業の実施期間は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。

3 市長は、クーポン券の対象者が受診することができる前条第1項各号に定めるがん検診ごとに、前項に定める実施期間内において第1項第1号及び第2号に掲げる事業のうち、いずれか1回を限度に実施することができる。

(適用除外)

第4条 子宮がん検診に係るクーポン券の交付を受けた者は、令和5年度中に子宮がん検診を受診した場合であっても、川崎市子宮がん検診委託実施要綱第3条に規定する受診回数にかかわらず、実施期間内に当該クーポン券を使用して子宮がん検診を受けることができる。

2 クーポン券を使用して子宮がん検診を受診した者は、当該子宮がん検診の費用に係る第9条第1項に定める助成及び令和7年度に子宮がん検診を受けることができない。

3 子宮がん検診を受診し、当該子宮がん検診の費用に係る第9条第1項に定め

る助成を受けた者は、当該子宮がん検診に係るクーポン券を使用することができない。

4 前3項の規定は、乳がん検診に関して準用する。この場合において、前3項中「子宮がん」を「乳がん」に読み替えるものとする。

(クーポン券の交付)

第5条 市長は、がん検診の種類に応じて、次の各号に定める事項を記載したクーポン券を対象者に郵送により交付する。

(1) 受診券番号

(2) 氏名

(3) 生年月日

(4) 住所

(5) 交付年月日

(6) 有効期限

(7) その他市長が必要と認める事項

2 クーポン券の交付を受けた者が亡失等によりクーポン券の再交付を受ける場合又は基準日以降に本市に住所を有した者がクーポン券の交付を受ける場合には、川崎市がん検診推進事業無料クーポン券再交付等申請書（第1号様式）により市長宛て申請を行わなければならない。

(クーポン券の使用)

第6条 クーポン券を使用してがん検診を受診しようとする者は、各がん検診の実施要綱の規定に基づく手続きによるもののほか、受診しようとするがん検診に係るクーポン券を実施登録医療機関に提出しなければならない。

2 クーポン券の有効期限は、令和7年3月31日までとする。

(費用の額、請求及び支払い等)

第7条 クーポン券に係る費用の請求は、がん検診に係る費用の請求の際に川崎市がん検診推進事業委託料請求書（第2号様式）に申込書・記録票とともに

当該クーポン券を添付し、原則として検診を実施した月の翌月の15日までに市長に請求するものとする。ただし、市長が特に認める場合はこの限りではない。

- 2 前項の規定によるもののほか、費用の額、請求及び支払い等に関する事項は、がん検診に係る費用等の取扱いの例による。

(クーポン券の保存)

第8条 クーポン券の医療機関控用については、がん検診を実施した日が属する年度の翌年度から起算して5年後の年度末までの間、実施登録医療機関において、当該がん検診を受診した者の申込書・記録票とともに保存しなければならない。

(受診者自己負担額の助成の申請及び助成額の支払い等)

第9条 対象者は、令和6年4月1日からクーポン券の交付を受ける日の前日までの期間にがん検診を受診した場合は、その際に負担した費用について、川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額助成申請書(第3号様式)により市長宛て申請し、当該負担した費用に相当する額(以下「受診者自己負担額」という。)の助成を受けることができる。

- 2 受診者自己負担額の助成の申請(以下「助成申請」という。)は、郵送で行うことができる。
- 3 助成申請ができる期間は、クーポン券の交付を受けた日から令和7年1月31日までとする。
- 4 市長は、助成申請を受けたときは、これを審査し、助成の可否を決定する。
- 5 市長は、前項の審査の結果を川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額(支給・不支給)決定通知書(第4号様式)により申請者に対し通知する。
- 6 助成する額の支払方法は、原則として助成申請を行った者の名義である金融機関の口座に振り込むものとする。

(受診者自己負担額の助成)

第10条 受診者自己負担額を助成する額は、次の表の左欄に掲げる種別に応じ、同表右欄に掲げるとおりとする。なお、子宮体がん検診を受診した者がある場合、これに係る受診者自己負担額については、助成しない。

| 種 別 | 助 成 額 |
|------|--------|
| 子宮がん | 1,000円 |
| 乳がん | 1,000円 |

(調査)

第11条 市長は、必要があると認めたときは、対象者、受診者及び実施登録医療機関に対し、報告を求めること及び調査を行うことができる。

(返還)

第12条 市長は、偽りその他不正な方法により、クーポン券を使用し、転用し、若しくは偽造し第9条第1項に定める受診者自己負担額の助成を受け又はその他これらに準じた不正な行為をした者があるときは、その者に対して当該偽りその他不正な方法による行為が原因で生じたがん検診に係る費用に相当する額を本市へ返還させるものとする。

(事業の周知)

第13条 事業の周知は、市政だより、ホームページ等により、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日等)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(令和2年度川崎市がん検診無料クーポン券等事業実施要綱の廃止)

- 2 令和2年度川崎市がん検診無料クーポン券等事業実施要綱（令和2年4月1日付け2川健健第641号）は廃止とする。

附 則

（施行期日等）

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

川崎市長 様

川崎市がん検診推進事業無料クーポン券再交付等申請書

次のとおり、川崎市がん検診推進事業無料クーポン券の再交付（交付）を申請します。

（太枠内を御記入ください）

*申請者は、無料クーポン券の交付対象者本人に限ります。

| | |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
| ふりがな 申請者（対象者） | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 （ 歳） |
| 住所 | 〒 - 区 |
| 電話番号 | () |
| 申請の理由 該当する理由に○をつけてください | 1 紛失したため 2 他自治体から転入したため 3 氏名及び住所が変更したため （旧氏名 旧住所) 4 その他 () |
| クーポンの種類 | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 |

*交付には2週間程度の期間がかかります。受診日までの期間を考慮の上、余裕をもって御申請ください。

| | | |
|-----------|---------|--------|
| 本人確認書類 | 1 運転免許証 | 申請書受理日 |
| | 2 健康保険証 | |
| 3 その他 () | | |

※この申請書は御記入後、各区地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）地域支援課又は各地区健康福祉ステーション地区支援担当の窓口へ御提出ください。その際には、上記の本人確認書類を御用意ください。

【郵送により申請される場合には、必ず次の事項に同意する旨署名の上、上記の本人確認書類1又は2を同封してください。】

郵送先 210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局保健医療政策部健康増進担当疾病予防担当 宛

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| この交付申請に当たり、川崎市長が交付の決定に関して必要な個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。また、交付の適正を図るために必要な場合は、他の市区町村に情報の照会、提供をすること及び医療機関に照会することに同意します。 | |
| 氏名（署名） | 住所 |

川崎市がん検診推進事業委託料請求書 (無料クーポン券利用分専用請求書)

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

所在地

名 称

開設者

令和 年 月中にがん検診推進事業(医療機関実施)の実施に要した検診費用として、次のとおり請求します。

| 区 分 | | 請求額(自己負担金あり) | | | 請求額(自己負担金無し) | | | 決定額 | |
|------------|-------------|--------------|-------------|----|--------------|-------------|----|-----|----|
| | | 件数 | 単価 (税込み) | 金額 | 件数 | 単価 (税込み) | 金額 | 件数 | 金額 |
| 子宮がん 検診 | 初 診 料 | | | | | | | | |
| | 頸部のみ | | | | | | | | |
| | 頸部+体部 | | | | | | | | |
| | 頸部+体部(採取不能) | | | | | | | | |
| | コルポスコピー | | | | | | | | |
| | 小 計 | | | | | | | | |
| 乳がん 検診 | 初 診 料 | | | | | | | | |
| | マンモグラフィ | | | | | | | | |
| | 小 計 | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | |

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当に提出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) がん検診推進事業無料クーポン券使用の場合、通常のがん検診と分けて、必ず本請求書でご請求ください。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市がん検診推進事業委託料請求書 (無料クーポン券利用分専用請求書)

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

所在地

名 称

開設者

令和 年 月 月中にがん検診推進事業(医療機関実施)の実施に要した検診費用として、次のとおり請求します。

| 区 分 | | 請求額(自己負担金あり) | | | 請求額(自己負担金無し) | | | 決定額 | |
|------------|-------------|--------------|-------------|----|--------------|-------------|----|-----|----|
| | | 件数 | 単価 (税込み) | 金額 | 件数 | 単価 (税込み) | 金額 | 件数 | 金額 |
| 子宮がん 検診 | 初 診 料 | | | | | | | | |
| | 頸部のみ | | | | | | | | |
| | 頸部+体部 | | | | | | | | |
| | 頸部+体部(採取不能) | | | | | | | | |
| | コルポスコピー | | | | | | | | |
| | 小 計 | | | | | | | | |
| 乳がん 検診 | 初 診 料 | | | | | | | | |
| | マンモグラフィ | | | | | | | | |
| | 小 計 | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | |

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当に提出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) がん検診推進事業無料クーポン券使用の場合、通常のがん検診と分けて、必ず本請求書でご請求ください。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市長 様

川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額助成申請書

【記入した日】 令和 年 月 日

関係書類を添え、次のとおり、受診者自己負担額の助成を申請します。

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者のお名前 | (フリガナ) |
| 申請者の生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 申請者の御住所 | 〒 川崎市 区 |
| 電話番号 (携帯電話可) | () |
| 受診券番号 (クーポン券から転記) | |
| 申請額 | <input type="checkbox"/> 1,000円 (子宮頸がん検診) <input type="checkbox"/> 1,000円 (乳がん検診) |

- 1 受診されたがん検診について、御記入ください。
 また、医療機関から受け取ったがん検診の結果票の写しを添付してください。
 ただし、紛失された場合には、川崎市で実施するがん検診を受診したことが分かる領収書の写しをこの申請書に添付してください。(裏面を御覧ください)

| | 検診を受診した日 | 受診した医療機関の名称 |
|---------|----------|-------------|
| 子宮頸がん検診 | 令和 年 月 日 | |
| 乳がん検診 | 令和 年 月 日 | |

- 2 振込先口座を御記入ください。
 ① 受診された方御本人様の口座に限ります。
 ② 振込先は1ヶ所のみ指定できます。
 ③ 金融機関またはゆうちょ銀行のどちらか一方に御記入ください。

| | | | | |
|------|----------------------------|-----------------|----|--------------|
| 金融機関 | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座名義人(カナ) |
| | 銀行 金庫 信用組合 農業協同組合 | 本店 支店 出張所 | 普通 | () |
| | 金融機関コード | 支店コード | 種類 | 口座番号(右づめで記入) |
| | | | 1 | |

※金融機関コードについては、統合後のコードを記入してください。

| | | | | | |
|--------|---------|-------|----|--------------|-----------|
| ゆうちょ銀行 | 金融機関コード | 支店コード | 種別 | 口座番号(右づめで記入) | 口座名義人(カナ) |
| | 9900 | | 普通 | | () |

※ゆうちょ銀行を指定された場合は、他の金融機関からの振込用口座を御記入ください。振込用口座が分からない場合は、お近くのゆうちょ銀行にお問合せください。

- 3 裏面に、振込口座証明書類(写し)、無料クーポン券(右側の半券)を貼付(のり付け)してください。
 ※これらの貼付がされていない場合は、助成の手続きができませんので、必ず貼付してください。
 なお、受診された医療機関に受診日等申請書内容の照会をすることがあります。

第4号様式

令和 年 月 日

様

川崎市長

川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額（支給・不支給）決定通知書

令和 年 月 日に申請された川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額の助成について、次のとおり決定しましたので通知します。

| | | |
|------|----|---|
| 申請者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 申請金額 | | 円 |
| 決定金額 | | 円 |
| 内 訳 | | |
| (備考) | | |

問合せ

川崎市健康福祉局保健医療政策部

健康増進担当疾病予防担当

電話 044-200-2431