

令和6年度 子宮頸がん検診無料クーポン券について

子宮頸がん検診について、「無料クーポン券」による無料検診を実施します。

1. 事業の内容

(1)対象者 前年度20歳になった方

年齢	生 年 月 日
20歳	平成15年4月2日～平成16年4月1日

※年齢は令和6年4月1日現在

(2)クーポン送付日 令和6年6月24日

(3)有効期間 令和6年7月1日から令和7年3月31日まで

(4)償還払い(自己負担分払い戻し)

この事業の対象者で、令和6年4月1日から令和6年6月30日までの間に、既にいきいき受診券による子宮頸がん検診を受診した方については、自己負担分の払い戻し制度に基づき、本人の申請により自己負担分の払い戻しを行います。

対象者には、鹿児島市より9月ごろに手続き用紙をお送りしますので、その旨ご案内ください。
(払い戻し制度については、対象者へ無料クーポンを送付した際の案内にも記載しております。)

2. 処理手続き及び注意点

- ①検診受付時には、無料クーポン券持参者の本人確認を必ず行った後に検診を実施してください。
下記場合は、無料検診の対象とはなりませんので、必ず受付時に無料クーポン券をご確認ください。
 - ・受付時に無料クーポン券をお持ちでない場合
 - ・有効期間外での無料クーポン券の提出
 - ・検診受付時に、鹿児島市外に転出されている方(鹿児島市に住民登録が無い方)
- ②いきいき受診券の発行対象者については、いきいき受診券についても確認、回収を行ってください。
社会保険等の本人の方にも無料クーポン券を発行しておりますので、その場合は保険証にて確認を行い、無料クーポン券のみ回収してください。
- ③頸部検査以外の検査(体部検査や追加の検査)を実施される場合は、無料クーポン券の対象となるのは頸部検査のみであり、それ以外は自己負担が発生することを受診者に説明した上で行ってください。
- ④請求事務処理については、いきいき受診券による検診の請求時に、「クーポン券利用者」に計上して請求してください。

～お願い～

上記対象者で、検診受付時に無料クーポン券を提出されない場合には、無料クーポン券をお持ちでないかの確認をお願いいたします。無料クーポン券送付後の鹿児島市への転入者や、無料クーポン券による検診対象者であることをご存じでない方もいらっしゃいますので、確認、説明にご協力ください。また、受診者本人が無料クーポン券を紛失している場合には、再発行をいたしますが、その場合につきましても、原則、受診受付時に無料クーポン券の提出が必要となります。無料クーポン券を再発行の上、持参して受診するようお伝えください。

～裏面もお読みください～

問い合わせ先
鹿児島市 保健予防課
Tel.099-803-6927

3. 見本
(表面)

切り取っていきいき受診券と共に記録票にテープ等でしっかり貼り付けてください。

医療機関控えとして保管してください。

(クーポン使用にあたっての注意点)

- ・検診の際は、健康保険証等本人確認できるものと一緒に受付に提出してください。
- ・「無料クーポン券」を忘れた場合、自己負担金がかかります。後から払戻しはできません。
- ・クーポン券が届く前
(令和6年4月～令和6年6月)に「いきいき受診券」で受診され自己負担額を支払った方に、9月頃払戻しの通知を送付します。
- ・職域の子宮頸がん検診を受診可能な方は、そちらを優先してください。

(きりとり)

このミシン目は切り離さずに検診機関へお出してください。

 <p>令和6年度子宮頸がん検診(細胞診)無料クーポン券 有効期間:令和6年7月1日から令和7年3月31日まで</p> <p>鹿児島市長 下鶴 隆央</p>	市番号 氏名 生年月日 住所	受診券番号 見本	<検診機関控え> 受診券番号 子
	交付時期 氏名 生年月日 住所	住所 見本	鹿児島市

(裏面)

【受診者の方へ】

- このクーポン券を、紛失または滅失された場合はすぐに問い合わせ先へ連絡してください。
- 再発行を希望される方は、有効期間内であれば再発行します。
- このクーポン券の売買、第三者への譲渡はできません。
- このクーポン券に記載された内容に変更があった場合は、問い合わせ先へ連絡してください。

【検診機関の方へ】

- このクーポン券を受け取った日から30日以内に下記にご記入のうえ、表面から見て左側の<検診機関→保健所>を検診関係の書類と一緒に提出してください。
- 表面から見て右側は検診機関控えになりますので、切り離して検診機関にて保管してください。
- このクーポン券を受け付ける場合は、保険証や身分証明書等で必ず本人確認を行ってください。
- 本券使用に関する問い合わせのほか、紛失された場合は必ずご連絡ください。

受診日 令和 年 月 日

検診機関名

住所

代表者

(問い合わせ先) 鹿児島市 保健予防課 電話 099-803-6927

記入漏れが多い箇所です！
必ずご記入ください。

- ・受診日
- ・検診機関名
- ・住所
- ・代表者

受診者名簿の記載方法

- ① 無料クーポン券の利用があった場合は、対象者の備考欄に「クーポン」の文字と受診券番号(6桁)を記入してください。(下段の8桁の番号は不要です)
- ② 受診者数内訳については、「クーポン券利用者」に計上してください。(自己負担免除者とは区別)

様式第1

(保健所提出用)

子宮がん検診受診者名簿

(年 月分)

												検 診 医 療 機 関 名				
受付 番号	受診 月日	氏 名	年 齢	住 所	検 診 結 果										備 考	
					頭 部 細 胞 診					体 部 細 胞 診						高 齢 ・ 非 課 税 ・ 生 活 保 護 ・ ク ー ポ ン の 別 紹 介 病 院 な ど
					精 検 不 要	要 精 検				精 検 不 要	要 精 検					
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adeno ca.	Other	陰性	疑陽性	陽性				

対象者の備考欄に「クーポン」及び受診券番号(6桁)を記入してください。

市 番 号	受診券番号 ○○○○○○
氏 名	× × × × × × × ×
生年月日	見 本
住 所	

備 考
(高 齢 ・ 非 課 税 ・ 生 活 保 護 ・ ク ー ポ ン の 別 紹 介 病 院 な ど)
ク ー ポ ン ○○○○○○

※下段の8桁の番号は不要です

利用があった場合は、「クーポン券利用者」に計上してください。
「自己負担免除者(除くクーポン券利用者)」とは区別しています。

区 分	頭部総計	体部総計	子宮がん頁計	頭部細胞診のみ頁計	体部細胞診頁計
受 診 者 数	名	名	名	名	名
自己負担納入者 (除くクーポン券利用者)	名	名	名	名	名
自己負担免除者 (除くクーポン券利用者)	名	名	名	名	名
クーポン券利用者	名	名	名	名	名

※総計欄は名簿が1枚の場合、記入不要です。

【参考】

[ベセスダシステム判定]

1.NILM 2.ASC-US 3.ASC-H 4.LSIL 5.HSIL 6.SCC 7.AGC 8.AIS 9.Adenocarcinoma 10.Other malig.

クーポン券添付方法

- ①クーポン券を切り離し、左部分については、いきいき受診券と共に添付して提出してください。
 ※記録票の氏名・住所が隠れないように添付してください。(下図参照)
 ※クーポン券裏面に必要事項が記入されていることを必ず確認してください。
 ※社会保険等の本人の方についてはいきいき受診券の発行はありません。
- ②右部分については、医療機関控えになりますので保管ください。

様式第2-1

子宮がん検診記録票

(保健所提出用)

検診日 令和 年 月 日 ★太枠内だけ記入してください

この記録票は鹿児島市保健所に提出され、検診結果によっては、保健センター、鹿児島市保健所から連絡があります。これらの情報は生活習慣病の予防、早期発見、早期治療及び健康づくりのために活用され、これ以外の目的に使用されることはありません。

フリガナ	受診券番号 1 9 1																																								
氏名	年齢 歳 受付番号																																								
住所 鹿児島市 町 番地	生年月日 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日																																								
丁目 番号	電話番号 自宅 - -																																								
体格 身長 (cm) 体重 (kg)	勤務先又は昼間の連絡先 - -																																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>市番号 受診券番号</p> <p>無・有 (回)</p> <p>(最終 年 月 日)</p> <p>結果 異常なし・要精検</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>科の病気と手術 (歳)</p> <p>最近2～3ヶ月に服用した薬</p> <p>ホルモン剤 有・無</p> <p>閉経後の治療 有・無</p> <p>避妊薬(ピル)の服用 有・無</p> <p>帝王の薬 有・無</p> <p>他 有・無</p> <p>の装着 有・無</p> </div>																																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>令和6年度 子宮がん検診受診券</p> <p>受診券番号</p> <p>1111111111111111</p> <p>住所 山下町11-1</p> <p>氏名 鹿児島子</p> <p>見本</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>見本</p> <p>無料クーポン券</p> <p>年3月31日まで</p> <p>鹿児島市長 下鶴 隆央</p> </div>																																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"> <p>テープ等で貼ってください</p> </div>																																									
家族 (血縁者) 他のがん 無・有 (乳・胃・肺・他) 誰()																																									
これまでの検診状況 精密検査 (病院)(結果)																																									
現在の状態	(1) 月経以外の出血 ない・ある (2) おりもの ない・ある (3) 痛み ない・ある																																								
体部検診 (要・不要)	最近6ヶ月以内の不正性器出血 ない・ある <table style="font-size: small;"> <tr> <td>ア 50歳以上ですか</td> <td>はい・いいえ</td> </tr> <tr> <td>イ 閉経以後ですか</td> <td>はい・いいえ</td> </tr> <tr> <td>ウ 妊娠したことがありますか</td> <td>はい・いいえ</td> </tr> <tr> <td>エ 月経は不規則ですか</td> <td>はい・いいえ</td> </tr> </table>	ア 50歳以上ですか	はい・いいえ	イ 閉経以後ですか	はい・いいえ	ウ 妊娠したことがありますか	はい・いいえ	エ 月経は不規則ですか	はい・いいえ																																
ア 50歳以上ですか	はい・いいえ																																								
イ 閉経以後ですか	はい・いいえ																																								
ウ 妊娠したことがありますか	はい・いいえ																																								
エ 月経は不規則ですか	はい・いいえ																																								
子宮腔部の肉眼的所見	<table style="font-size: small;"> <tr> <td>びらん (-)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>月経中</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ナボット</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>出血</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(+)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ポリープ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>頸管裂傷</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(++)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腔脱 (前)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>子宮脱</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腔炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(+++)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>後</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>会陰裂傷</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>尿道ポリープ</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>外 翻</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	びらん (-)	<input type="checkbox"/>	月経中	<input type="checkbox"/>	ナボット	<input type="checkbox"/>	出血	<input type="checkbox"/>	(+)	<input type="checkbox"/>	ポリープ	<input type="checkbox"/>	潰瘍	<input type="checkbox"/>	頸管裂傷	<input type="checkbox"/>	(++)	<input type="checkbox"/>	腔脱 (前)	<input type="checkbox"/>	子宮脱	<input type="checkbox"/>	腔炎	<input type="checkbox"/>	(+++)	<input type="checkbox"/>	後	<input type="checkbox"/>	会陰裂傷	<input type="checkbox"/>	尿道ポリープ	<input type="checkbox"/>			外 翻	<input type="checkbox"/>				
びらん (-)	<input type="checkbox"/>	月経中	<input type="checkbox"/>	ナボット	<input type="checkbox"/>	出血	<input type="checkbox"/>																																		
(+)	<input type="checkbox"/>	ポリープ	<input type="checkbox"/>	潰瘍	<input type="checkbox"/>	頸管裂傷	<input type="checkbox"/>																																		
(++)	<input type="checkbox"/>	腔脱 (前)	<input type="checkbox"/>	子宮脱	<input type="checkbox"/>	腔炎	<input type="checkbox"/>																																		
(+++)	<input type="checkbox"/>	後	<input type="checkbox"/>	会陰裂傷	<input type="checkbox"/>	尿道ポリープ	<input type="checkbox"/>																																		
		外 翻	<input type="checkbox"/>																																						
コルポ診	<table style="font-size: small;"> <tr> <td>正常所見</td> <td>偏平上皮 (S) <input type="checkbox"/></td> <td>円柱上皮 (C) <input type="checkbox"/></td> <td>移行帯 (T) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>異常所見</td> <td>移行帯内 <input type="checkbox"/></td> <td>移行帯外 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>白色上皮 (W) <input type="checkbox"/></td> <td>赤点斑 (P) <input type="checkbox"/></td> <td>モザイク (M) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>白斑 (L) <input type="checkbox"/></td> <td>典型血管 (aV) <input type="checkbox"/></td> <td>浸潤癌 (IC) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>炎症 (Inf) <input type="checkbox"/></td> <td>びらん (Er) <input type="checkbox"/></td> <td>ポリープ (Po) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>潰瘍 (Ul) <input type="checkbox"/></td> <td>萎縮 (Atr) <input type="checkbox"/></td> <td>コンジローマ (Con) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>不適例 <input type="checkbox"/></td> <td>その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	正常所見	偏平上皮 (S) <input type="checkbox"/>	円柱上皮 (C) <input type="checkbox"/>	移行帯 (T) <input type="checkbox"/>	異常所見	移行帯内 <input type="checkbox"/>	移行帯外 <input type="checkbox"/>			白色上皮 (W) <input type="checkbox"/>	赤点斑 (P) <input type="checkbox"/>	モザイク (M) <input type="checkbox"/>		白斑 (L) <input type="checkbox"/>	典型血管 (aV) <input type="checkbox"/>	浸潤癌 (IC) <input type="checkbox"/>	その他	炎症 (Inf) <input type="checkbox"/>	びらん (Er) <input type="checkbox"/>	ポリープ (Po) <input type="checkbox"/>		潰瘍 (Ul) <input type="checkbox"/>	萎縮 (Atr) <input type="checkbox"/>	コンジローマ (Con) <input type="checkbox"/>		不適例 <input type="checkbox"/>	その他 ()													
正常所見	偏平上皮 (S) <input type="checkbox"/>	円柱上皮 (C) <input type="checkbox"/>	移行帯 (T) <input type="checkbox"/>																																						
異常所見	移行帯内 <input type="checkbox"/>	移行帯外 <input type="checkbox"/>																																							
	白色上皮 (W) <input type="checkbox"/>	赤点斑 (P) <input type="checkbox"/>	モザイク (M) <input type="checkbox"/>																																						
	白斑 (L) <input type="checkbox"/>	典型血管 (aV) <input type="checkbox"/>	浸潤癌 (IC) <input type="checkbox"/>																																						
その他	炎症 (Inf) <input type="checkbox"/>	びらん (Er) <input type="checkbox"/>	ポリープ (Po) <input type="checkbox"/>																																						
	潰瘍 (Ul) <input type="checkbox"/>	萎縮 (Atr) <input type="checkbox"/>	コンジローマ (Con) <input type="checkbox"/>																																						
	不適例 <input type="checkbox"/>	その他 ()																																							
細胞診判定	(頸部ベセスダシステム判定) 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno ca. 10. Other malig. (体部) - ± +																																								
総合判定	1. 精検不要 () 2. 要精検 ()																																								
紹介先の子宮がん検診精密検査実施協力医療機関名 ()	医療機関名 医師名																																								

R1.7