函館市４５歳がん検診無料クーポン券配付事業実施要綱

（目的）

第１条　この要綱は，函館市が実施する胃がん，肺がん，大腸がん，子宮がん，乳がん検診において，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るため，４５歳の函館市民を対象とした各がん検診の無料クーポン券の配付に必要な事項を定めることを目的とする。

（事業の内容）

第２条　この要綱により実施する事業は，次に掲げるものとする。

(1) 対象者に対するクーポン券の送付

(2) 対象者がクーポン券を利用してがん検診を受診する場合の自己負担分の助成措置の実施

（対象者の年齢）

第３条　この要綱に定める対象者の年齢は，４５歳とする。

ただし，この要綱の定めによる事業を受けようとする年度の前年の１２月３１日時点の年齢とし，かつ同日時点で函館市に住民登録のある者を対象者とする。

（事業の開始日および検診の受診回数）

第４条　事業は，クーポンを配付する年度の４月１日から開始し，クーポン券の有効期限は，当該年度の２月末日までとし，１人１回検診できるものとする。

（クーポン券等の交付）

第５条

(1) 市長は，対象者に，クーポン券および事業の趣旨，内容，利用方法等を記載した受診案内を一括して送付する。

(2) 交付したクーポン券をき損し，または紛失した場合において，函館市45歳がん検診無料クーポン券再交付申請書（別記第１号様式）により再交付の申請があったときは，再交付するものとする。

（償還払）

第６条　対象者のうち，当該年度における事業の開始日からクーポン券の有効期間内において，函館市が実施するがん検診をクーポン券を使用せずに受診した場合，申請者に対して，下表に掲げる額を限度として償還するものとする。

無料クーポン券の種類	受診方法	申請金額（償還限度額）
胃がんＸ線検診	個別受診	１，０００円
	集団受診	
肺がん検診	集団検診	１００円
大腸がん検診	個別受診	１，０００円
	集団受診	５００円
子宮がん検診	個別受診	２，２００円
	集団受診	１，５００円
乳がん検診	個別受診	１，８００円
	集団受診	１，３００円

なお，この助成を受けようとする者は，それに要した費用の自己負担分について，市長に対し，函館市４５歳がん検診費償還払申請書（別記第２号様式）に次の書類を添付し，提出しなければならない。

(1) 本人に交付されたクーポン券

(2) 当該がん検診に係る医療機関からの本市がん検診と判別できる領収書

(3) 各種保険証および身分証明書等本人であることを確認できる書類の写し

(4) 振込先口座の通帳等の写し

２　前項の規定による申請期限は，クーポンを配布する年度の２月末日までとする。

３　市長は，第１項の申請があった場合，速やかに審査を行い，償還払をすることと決定したときは，函館市４５歳がん検診費償還払決定通知書（別記第３号様式）により，償還払をしないことと決定したときは函館市４５歳がん検診費償還払却下通知書（別記第４号様式）により，申請者に通知するものとする。

４　市長は，虚偽の申請その他不正の行為により償還払を受けた者に対し，償還払の決定の全部または一部を取り消し，償還払をした額の返還を命ずることができる。

（報告）

第７条　市長は，検診実施機関に検診の結果を報告させるものとする。

２　検診の結果，精密検査が必要である者については，受診勧奨を行わせ，精密検査の結果についても報告させるものとする。

３　前項に関わらず，市長は，必要に応じ要精密検査とされた者に対する受診勧奨を行うものとする。

附　則

この要綱は，令和３年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和８年４月１日から施行する。

（別記第１号様式）

函館市４５歳がん検診無料クーポン券再交付申請書

再交付申請日	年　　月　　日
無料クーポン券の種類	胃がんＸ線検診 ・ 肺がん検診 ・ 大腸がん検診・ 子宮がん検診 ・ 乳がん検診
再交付を受けようとする理由	き損・紛失・その他（　　）

（再交付を受けようとする理由がき損である場合は，き損した無料クーポン券を添付すること。）

函館市４５歳がん検診無料クーポン券の再交付を受けたいので，函館市４５歳がん検診無料クーポン券配付事業実施要綱第５条の規定により申請します。

函館市長　様

住　　所
氏　　名
電　　話　（　　）

課　長	主　査	担　当

申請のとおり再交付したい。
再交付年月日　　年　　月　　日

（別記第２号様式）

函館市４５歳がん検診費償還払申請書

年　　月　　日

函　館　市　長　　様

函館市４５歳がん検診無料クーポン券配付事業実施要綱第６条第１項の規定により申請します。

なお，償還払の可否を決定するために必要な場合は，本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対するがん検診内容等の照会について同意します。

フ リ ガ ナ		生 年 月 日	昭和　　年　　月　　日
氏　　名		電　　話	（　　）　　－
住　　所	〒　　－		

無料クーポン券の種類	申　請　金　額 （ 自 己 負 担 額 ）	**償 還 払 決 定 額** **函館市記入欄**
	円	**円**
	円	**円**
	円	**円**
	円	**円**
	円	**円**
	合計　金　　円	**合計　金　　円**

【振込先金融機関の名称および口座番号】

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行　　本店 金庫　　支店 出張所	普通 当座	ﾌﾘｶﾞﾅ（　　）

※添付書類

⑴　交付された無料クーポン券

⑵　当該がん検診に係る医療機関の領収書（函館市のがん検診と分かるもの）

※　紛失　□

⑶　各種保険証および運転免許証等本人であることを確認できる書類の写し

⑷　償還金振込先口座の通帳等の写し

注意：申請者と口座名義人は，同一人であること。

受　付　印

（別記第３号様式）

函　福　健

年　　月　　日

様

函　館　市　長

函館市４５歳がん検診費償還払決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった函館市４５歳がん検診費の償還払について，次のとおり決定したので，函館市４５歳がん検診無料クーポン券配付事業実施要綱第６条第３項の規定により通知します。

記

１　償還払をする金額

金　　円

２　虚偽の申請その他不正な行為があった場合は，この決定の全部または一部を取り消し，当該取消しに関し既に償還払をした金額があるときは，その返還を命ずることがあります。

３　償還払をした金額の返還を命ぜられ，これを期日まで納付しなかったときは，納付期限の翌日から納付の日までの日数に応じ，その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については，その納付額を控除した額）につき年１０．９５パーセントの割合で計算した延滞金を市に納付しなければなりません。

（保健福祉部健康増進課
ＴＥＬ　３２－１５３６
ＦＡＸ　３２－１５２６）

（別記第４号様式）

函　福　健

年　　月　　日

様

函　館　市　長

函館市４５歳がん検診費償還払却下通知書

年　　月　　日付けで申請のあった函館市４５歳がん検診費の償還払について，次の理由により却下することと決定したので，通知します。

理由

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また，この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます。（処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても，処分の日から１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

ただし，処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には，処分の取消しの訴えは，その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます。

保健福祉部健康増進課
ＴＥＬ　３２－１５３６
ＦＡＸ　３２－１５２６