

令和7年度 乳がん検診無料クーポン券について

乳がん検診(マンモグラフィ)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40歳になった方

年齢	生 年 月 日
40歳	昭和59年4月2日～昭和60年4月1日

※年齢は令和7年4月1日現在

※クーポン対象者は前年度受診歴に関わらず受診可能

(2)クーポン送付日 令和7年6月24日

(3)有効期間 令和7年7月1日から令和8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7年4月1日から令和7年6月30日までの間に、既にいきいき受診券による乳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。)

※今年度41歳で昨年度受診歴があった方が保険診療で受診された場合は、市の乳がん検診(マンモグラフィ)の受診対象外となりますので、払い戻しも行いません。

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、その場合は本人確認書類(マイナンバーカード等)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マンモグラフィ検査以外の検査(超音波検査など追加の検査)を実施される場合は、無料クーポン券の対象となるのはマンモグラフィ検査のみであり、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回収した無料クーポン券は必ず記録票に貼り付けてください。受診者へ返却したり、破棄することがないようにご注意ください。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。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願いください。

～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。

【検診機関の方へ】
左側の〈検診機関→保健所〉は受診者へ返さず、**必ず**検診関係の書類と一緒に保健所へ提出してください。

(きりとり)

【受診者の方へ】
このミシン目は切り離さずに検診機関へお出しください。

(クーポン使用にあたっての注意点)

- ・検診の際は、本人確認書類(マイナンバーカード等)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7年4月～令和7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、令和7年9月頃払戻しの通知を送付します。
- ・職域の乳がん検診を受診可能な方は、そちらを優先してください。

市番号 受診券番号

氏名

生年月日

見 本

令和7年度 乳がん検診(マンモグラフィ) 無料クーポン券

有効期間: 令和7年7月1日から令和8年3月31日まで

鹿児島市長 下鶴 隆央

〈検診機関控え〉

受診券番号

交付年月日

氏名

生年月日

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、有効期限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〉を受診者へ返さず、**必ず**検診関係の書類と一緒に保健所へ提出してください。
- 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、本人確認書類(マイナンバーカード等)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

所 在 地

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
- ・所在地
- ・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5

(保健所提出用)

乳がん検診受診者名簿 (月分)

受付・検診医療機関名

受付 番号	受診 月日	氏 名	年 齢	住 所	電 話 番 号	マンモグラフィ					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 ○○○○○○】	
						方 向 区 分	カテゴリー					
							1	2	3	4		5

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

備 考

高年齢・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。

～お願い～

今年度より、受診者名簿の様式を市ホームページにて掲載しております。現在お手元にお持ちの複写式の受診者名簿については、継続してお使いいただけますが、複写式の受診者名簿がなくなり次第、市ホームページに掲載する様式でのご提出にご協力ください。

市ホームページ⇒



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	乳	総計	マンモ2総計	乳がん頁計	マンモ1方向頁計	マンモ2方向頁計
受 診 者 数		名	名	名	名	名
自己負担納入者	名	名	名	名	名	名
自己負担免除者 (除クーポン券利用者)	名	名	名	名	名	名
クーポン券利用者	名	名	名	名	名	名

※ 検診結果は該当の枠内に○印を記入すること。

※ マンモ方向区分は枠内に1または2を記入すること。

※ 総計欄は名簿が1頁の場合、記入不要です。

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6

乳がん検診記録票（マンモグラフィ用）

検診日 年 月 日 ★太枠内だけ記入してください (保健所提出用)

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	4						
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		年	月	日		
	丁目	番	号	電話番号	自 宅	—		—			
				職場又は携帯	—		—				
「検診機関→保健所」市番号 受診券番号											
切り離さないでください				見本							
令和7年度 乳がん検診受診券											
受診券番号 (マンモグラフィ検査)											
1111111111111111											
氏 名 鹿児島子				見本							
				無料クーポン券							
				3年3月31日まで							
鹿児島市長 下鶴 隆央											
撮影年月日 令和 年 月 日				撮影医療機関名				読影医師名			
フィルム No.()				()				()			
マンモグラフィ所見①	右 MLO	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影	右 MLO	左 MLO	(40歳代のみ)	右 CC	左 CC	左 MLO	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影		
	右 CC	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影	カテゴリー (1~5)		右	左	その他 所見等	左 CC	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影		
マンモグラフィ所見②	右 MLO	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影	右 MLO	左 MLO	(40歳代のみ)	右 CC	左 CC	左 MLO	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影		
	右 CC	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影	カテゴリー (1~5)		右	左	その他 所見等	左 CC	A. 腫瘍 B. 石灰化 C. その他の所見 構築の乱れ 局所的非対称性陰影		
総合判定	1. 精検不要 () 2. 要精検 ()										
紹介先の乳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							