
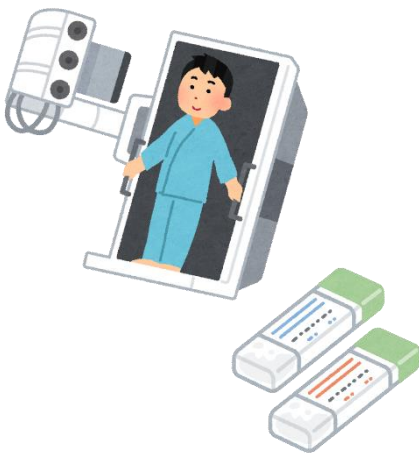



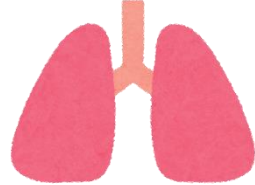





令和7年（2025年）度の検（健）診申し込みについて

- 検(健)診内容は以下のとおりです。対象者(対象年齢等)は裏面をご覧ください。
- ・検(健)診を申し込んだ方には、検(健)診の時期に合わせて詳細を個別通知いたします。通知発送時期をご参照ください。
 - ・検診一部負担額は、検診委託料の2割（肺がんCT検診のみ5割）です。次の方は一部負担額が無料となります。 ①70歳以上 ②町民税非課税世帯(要申請) ③生活保護世帯(要申請)
 - ・希望する検(健)診がありましたら、別紙申込書の該当欄に○をしてご提出ください。ご自分の名前が印字されている行へ、お間違いのないようにご記入ください。

申し込み不要													
	後期高齢者 健診	胃がん検診	大腸がん 検診	子宮がん検診		乳がん(マンモグラフィ) 検診		骨密度検査	結核健診	肺がん (X線)検診	肺がん (CT)検診	特定健診	歯科健診
内容	身体計測・血液検査・医師の診察など	胃エックス線撮影（バリウム使用）	便潜血反応検査（2日分採取）	子宮頸部細胞診 （女性のみ）		乳房エックス線撮影 （2年に1回） ★令和7年度は、 和暦で偶数年度の女性が対象		かかとの骨の 超音波診断・ 運動指導・ 栄養指導など （女性のみ）	胸部 X 線撮影	胸部 X 線撮影 （二重読影）	胸部 X 線 CT 撮影	身体測定・血液検査・医師の診察など	問診・口腔内診察・歯科保健指導など
					集団 個別		集団 個別		 	65 才以上の方 40 才以上の方 69 才以下の方	 		
検(健)診 期間	6～12月	9.10月	9.10月	7～10月	6～1月	6～9月	6～1月	10月	5.6月	5月	11月	6～12月	8月～3月
通知発 送時期	5月頃	8月頃		6月頃	5月下旬頃	5月頃	5月下旬頃	8月頃	4月下旬頃	4月下旬頃	9月頃	5月頃	7月下旬頃
検(健)診 会場	町内 医療機関	保健センター		保健 センター	県内協力 医療機関	保健 センター	県内協力 医療機関	保健 センター	町内各所	保健 センター	保健 センター	保健センター・ 町内医療機関	下諏訪町内・岡谷市内 歯科医院
一部 負担額	無料	1,100 円	300 円	1,000 円	1,400 円 前後 ※	1,300 円	1,500 円 前後 ※	200 円	無料	500 円	4,600 円	無料	620 円～

※子宮がん検診、乳がん検診の医療機関一部負担額は、医療機関によって金額が異なりますので、個別にお知らせします。

裏面もご覧ください

【令和7年度 各検(健)診対象者一覧】 検(健)診内容は表面をご覧ください。“○又は△のもの”の申込みができます。

年度末（R8.3.31 時点）の年齢		集団か、個別か、 どちらか1つを選択する		集団か、個別か、 どちらか1つを選択する		胸部の検(健)診は、 どれか1つを選択する			◎申し込み不要 該当時期に案内をお送りします				
検(健)診 の種類 年度末年齢		後期高齢者 健診	胃がん検診	大腸がん 検診	子宮がん検診 (女性のみ)	マンモグラフィ検診 (女性のみ)	骨密度検査 (女性のみ)	結核健診	肺がん (X線)検診	肺がん (CT)検診	特定健診	歯科健診	
					集団	個別	集団	個別					
20才代 の方		×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	20才 ◎ その他 ×	
30才代 の方		×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	30才 ◎ その他 ×	
40才 代 の方	40・42・44・ 46・48才	×	○	○	△	△	△	△	40才 ○ その他 ×	×	△	△	◎ ◎ 40才 ◎ その他 ×
	41・43・45・ 47・49才	×	○	○	△	△	×	×	45才 ○ その他 ×	×	△	△	◎ ◎ ×
50才 代 の方	50・52・54・ 56・58才	×	○	○	△	△	△	△	50才 ○ その他 ×	×	△	△	◎ ◎ 50才 ◎ その他 ×
	51・53・55・ 57・59才	×	○	○	△	△	×	×	55才 ○ その他 ×	×	△	△	◎ ◎ ×
60才 代 の方	60・62・64・ 66・68才	×	○	○	△	△	△	△	60才 ○ その他 ×	64才以下× 65才以上△	△	△	◎ ◎ 60才 ◎ その他 ×
	61・63・65・ 67・69才	×	○	○	△	△	×	×	65才 ○ その他 ×	64才以下× 65才以上△	△	△	◎ ◎ ×
75才 まで の方	70・72・74才	×	○	○	△	△	△	△	70才 ○ その他 ×	△	△	×	◎ ◎ 70才 ◎ その他 ×
	71・73・75才	×	○	○	△	△	×	×	×	△	△	×	◎ ◎ ×
76才 以上 の方	76才～	○	○	○	△	△	×	×	×	△	△	×	×

○：申し込みが必要なもの
△：申し込むときにいずれか1つを選択するもの

×：町の検(健)診では実施しないもの
◎：申し込みをしなくても通知が届くもの

町の特定健診の対象者は、国民健康保険(国保)加入者のみです。
国保加入者以外の方は、各保険者から案内があります。

【問い合わせ先】 下諏訪町保健福祉課保健予防係（下諏訪町保健センター）
電話 27-8384(直通) 27-1111(内線 290・291)

表面もご覧ください