

令和7年度福岡県における無料クーポン券使用による 女性特有のがん検診に係る広域化等実施要領

(目的)

第1条 市町村が実施する無料クーポン券使用による子宮頸がん検診及び乳がん検診（以下、「無料クーポン券使用による女性特有のがん検診」という。）が円滑に実施されるよう、必要な業務を行い、地域ごとの体制の充実を図るとともに、市町村が実施する無料クーポン券使用による女性特有のがん検診の対象者が福岡県内において広域的に受診することができる体制を整備することにより、検診機会の拡大を推進することを目的とする。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の定義は、以下に定める。

- (1)「広域化」とは、住民が市町村を越えて検診を受診できる体制をいう。
- (2)「無料クーポン券」とは、市町村が配布する子宮頸がん検診及び乳がん検診に係る無料クーポン券をいう。
- (3)「現行契約」とは、令和7年4月30日において、福岡県内の市町村と検診機関との間に締結している子宮頸がん検診及び乳がん検診に係る契約をいう。
- (4)「新規契約」とは、令和7年4月30日において、福岡県内の市町村と検診機関との間に子宮頸がん検診及び乳がん検診に係る契約を締結していないが、無料クーポン券の対象者のために行う新たな契約をいう。
- (5)「集合契約市町村」とは、この要領に賛同する市町村をいう。
- (6)「現行契約機関」とは、現行契約を締結している検診機関のうち、集合契約市町村の無料クーポン券対象者の検診を実施するために、公益社団法人福岡県医師会（以下、「福岡県医師会」という。）に委任書（様式第1号）を提出している機関をいう。
- (7)「新規契約機関」とは、福岡県内の市町村と子宮頸がん検診及び乳がん検診の契約を締結していない検診機関のうち、無料クーポン券の対象者の検診を実施するために、福岡県医師会に委任書（様式第2号）を提出している機関をいう。

(実施主体)

第3条 実施主体は、集合契約市町村とする。

2 集合契約市町村は、無料クーポン券使用による女性特有のがん検診の一部について、福岡県医師会に委託することができる。委託契約に関する事務については、次の各号のとおりとする。

- (1) 契約方法は、次号の方法により契約を代表して行う市町村（以下、「代表

市町村」という。)を定め、代表市町村が、集合契約市町村を代表して福岡県医師会と契約する。集合契約市町村のうち、代表市町村以外の市町村(以下、「その他市町村」という。)は、福岡県医師会との契約について委任書(様式第3号)により代表市町村に委任する。

- (2) 代表市町村の選定方法は、全国地方公共団体コード(市町村コード)順(別表1)に、1年毎の輪番制とする。

(実施期間)

第4条 集合契約市町村が定めた無料クーポン券の有効期間とする。

(対象者)

第5条 対象者は、集合契約市町村が子宮頸がん検診及び乳がん検診により、無料クーポン券を配布した者とする。

(実施機関)

第6条 がん検診の実施機関は現行契約機関または新規契約機関とする。

(実施機関業務)

第7条 実施機関は、以下の業務を行うものとする。

- (1) 以下のア及びイにより受診者が対象者であることを確認

ア 無料クーポン券と本人確認書類との照合

イ 受診者の本人確認書類の居住市町村名と集合契約市町村名リストとの照合

- (2) 以下のアまたはイのがん検診を実施

ア 子宮頸がん検診(問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じてコルポスコープ検査)

イ 乳がん検診(問診及び乳房X線検査(マンモグラフィ)とする。)

- (3) 受診者への検診結果を通知

- (4) 実施機関において精密検査まで行った場合、あるいは異なる施設で実施された精密検査結果を把握した場合には、その結果を受診者の居住市町村へ報告すること。

(様式等)

第8条 問診票及び検診結果票等は、以下のとおりとする。

様式は原則として、検診機関所在地市町村または受診者居住地市町村の様式とする。

2 現行契約機関が、現行契約を締結している市町村の無料クーポン券対象者の

検診を実施した場合は、現行契約を締結している市町村の様式とする。

(実績報告及び請求、支払)

第9条 実績報告及び請求・支払は現行契約方法を優先する。また、請求時には、無料クーポン券の半券を添付する。

- (1) 複数の集合契約市町村と現行契約を締結している現行契約機関は、無料クーポン券対象者の居住地市町村の現行契約方法を優先する。
- 2 現行契約機関が現行契約を締結している市町村以外の集合契約市町村の無料クーポン券対象者の検診を実施した場合、または新規契約機関が無料クーポン券の対象者の検診を実施した場合は以下のとおりとする。
 - (1) 現行契約機関は、現行契約の検診委託料を適用し、複数の市町村と現行契約を締結している場合は、現行契約機関の所在地市町村の現行契約の検診委託料を優先する。

新規契約機関は、福岡県集団検診協議会が示す検診料基準額（子宮頸がん検診 8,100 円、乳がん検診 8,000 円）に消費税を加算した額を適用する。
 - (2) がん検診広域化実績報告書兼請求書（原則、様式第4号とする。）に問診票及び検診結果、無料クーポン券の半券等関係書類を添付のうえ、受診者居住市町村もしくは郡市医師会を経由し（郡市医師会の同意がある場合とする。）請求する。
 - (3) 集合契約市町村への請求は、無料クーポン券の裏面記載内容に関らず、無料クーポン券検診を実施した月の翌月20日までとする。

(その他)

第10条 対象者等について不明な場合は、受診者の居住市町村へ確認のうえ、無料クーポン券検診を実施すること。

附則

この要領は、平成29年4月30日から施行する。
この要領は、平成30年4月30日から施行する。
この要領は、平成31年4月30日から施行する。
この要領は、令和元年5月1日から施行する。
この要領は、令和2年4月30日から施行する。
この要領は、令和2年5月15日から施行し、令和2年4月1日から適用する。
この要領は、令和3年4月30日から施行し、令和3年4月1日から適用する。
この要領は、令和4年4月30日から施行し、令和4年4月1日から適用する。
この要領は、令和5年4月30日から施行し、令和5年4月1日から適用する。
この要領は、令和6年4月30日から施行し、令和6年4月1日から適用する。
この要領は、令和7年4月30日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

委 任 書

無料クーポン券使用による女性特有のがん検診広域化に係る契約について、福岡県医師会会長を代理人と定め、その手続きを委任いたします。

年 月 日

〒

住 所

検診機関名

T E L

管 理 者 名

印

【現在、市町村が行うがん検診の委託を受けている検診のうち、下記の検診について広域化を行います。】

※広域化を実施する検診に○をご記入ください。

子宮頸 がん検診	乳がん検診

委任書

無料クーポン券使用による女性特有のがん検診広域化に係る契約について、福岡県医師会会長を代理人と定め、その手続きを委任いたします。

年 月 日

〒

住 所

検診機関名

T E L

管 理 者 名

印

【下記の検診について、新規に実施します。】

※実施する検診に○をご記入ください。

子宮頸 がん検診	乳がん検診

(様式第3号：市町村から契約代表市町村)

委 任 書

無料クーポン券使用による女性特有のがん検診広域化に係る契約の締結について、(代表市町村長名)を代理人と定め、その手続きを委任いたします。

年 月 日

市 町 村 名

住 所

代 表 者 名

印

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

市町村長 殿

所 在 地

検診機関名

※代表者名 印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸がん検診							
乳がん検診							
合計					円		

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行				フリガナ	
				氏 名	
預金種目	普通当座貯蓄	口座番号			

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

医師会会長 殿

所 在 地

検診機関名

※代表者名 印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸 がん検診							
乳がん検診							
合計					円		

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行				フリガナ	
				氏 名	
預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号			

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

市町村長 殿

所 在 地

医師会名

会 長 名

印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸がん検診							
乳がん検診							
合計					円		

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)				口座名義人	
				フリガナ	
預金種目	普通当座貯蓄	口座番号		氏 名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。