

胃がんハイリスク検診

対象年齢等	自己負担額	検査項目	検診日程	検診実施期間	受診方法
30歳・40歳の方 ※対象者年齢表を ご参照ください。	1,000円 ※受診した医療機関で お支払ください。 ※生活保護等を受けて いる方は免除になりま す。	問診・血液検査 (血清ペプシノゲ ン・血清ヘリコバ クターピロリ抗 体)	●受診票発送 5月中旬 ●予約開始日 5月18日	6月1日～1月31日	事前に実施医療機 関に電話等で予約 をし、当日は受診 票を持参のうえ受 診してください。

対象者年齢表（過去に胃がんハイリスク検診受診者は対象外となります。）

30歳	平成3年4月1日～平成4年3月31日に生まれた方
40歳	昭和56年4月1日～昭和57年3月31日に生まれた方