

国民健康保険がん検診受診費用助成申請書

特定健康診査等 受診日	年 月 日	受診した方	(フリガナ)	
			氏名	
被保険者証の 記号・番号	苫小牧 —	生年月日 年齢	年 月 日	歳
		電話番号	—	—
添付書類	① 特定健康診査等に係る結果通知書(健康診査記録票)			
	② 助成対象がん検診の受診に係る領収書原本(医療機関による証明書を含む)			
振込口座 (世帯主)	＜口座振込指定欄＞		本店	＜口座番号を記入してください＞
	銀行 信用金庫 組合		支店	普通・当座・貯蓄 (7桁)
	＜口座名義人(世帯主)をカタカナで記入してください＞			
	(カタカナ)			
本申請の助成金額決定のため、私の世帯に応じて特定健康診査等受診記録ほか領収確認等調査することを承諾するとともに、添付書類を提出し上記のとおり申請します。				
年 月 日 千 一				
苫小牧市長様 申請者(世帯主) 住所 苫小牧市 町 丁目 番 号				
字 番地の				
氏 名				
助成対象がん検診	受診したがん検診の種類 すべてに☑をつけてください		助成金額	がん検診受診日
	☐ 胃がん検診(バリウム検診)		1,500 円	年 月 日
	☐ 胃がん検診(内視鏡検診)		2,000 円	年 月 日
	☐ 肺がん検診		200 円	年 月 日
	☐ 大腸がん検診		400 円	年 月 日
	☐ 子宮頸がん検診		1,000 円	年 月 日
	☐ 体部検査		700 円	
	☐ 乳がん検診		2,000 円	年 月 日
☐ 50歳未満		1,700 円		
☐ 50歳以上				
助成金額 (市記入欄のため何も書かないでください)			円	

※がん検診の対象者

胃がん検診(バリウム検診)・肺がん検診・大腸がん検診 — 年度内40歳以上の方
胃がん検診(内視鏡検診) — 50歳以上の方で、年度内に迎える誕生日で偶数年齢になる方
子宮頸がん検診 — 30歳以上の方で、年度内に迎える誕生日で偶数年齢になる方
乳がん検診 — 40歳以上の方で、年度内に迎える誕生日で偶数年齢になる方

受付者	受付印