

がん検診事業 個人別実施明細書

受診情報	検診実施年月日			
	令和	年	月	日

受診者情報	被保険者証記号番号										
	6	0	-								
	ふりがな								性別		
	氏名								<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	年齢	歳			

検診機関情報	検診実施機関名 (データ提供の場合には印不要)									
	所在地 〒 -									
	機関名									
	印									
	検診機関番号									
<input type="checkbox"/> 機関番号なし 又は不明										

1. がん検診項目

検査項目	費用額
<input type="checkbox"/> 胃がん1 (胃内視鏡検査)	
<input type="checkbox"/> 胃がん2 (胃部エックス線検査)	
<input type="checkbox"/> 肺がん1 (胸部エックス線検査)	
<input type="checkbox"/> 肺がん2 (胸部エックス線検査及び喀痰細胞診)	
<input type="checkbox"/> 肺がん3 (胸部CT検査)	
<input type="checkbox"/> 大腸がん (便潜血検査)	
<input type="checkbox"/> 乳がん (「乳房エックス線検査」もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」)	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (視診、子宮頸部の細胞診及び内診)	

2. 費用請求額

費用請求額(領収額)	円
(うち消費税額)	円
※ 切り捨て	

※ 医師国保組合記入欄 ※

支給決定額	円
-------	---

※注意事項

- 1) (チェックボックス) は、該当箇所にチェックを入れてください。
- 2) 検査項目・検査結果(写し可)を添付して下さい。
- 3) 支給額決定算定のため領収書(写し可)を添付して下さい。
- 4) 本書は保健事業実施要綱における「がん検診事業」として申請を行ってください。

(上限: 8,000円)