

＝ 記 載 例 ＝

がん検診申込書

(センター・地域検診用)

受診年月日	平成 ○年 ○月 ○日	電話番号	自宅 事業所	00-0000
受診希望科目	胃	子宮	乳房	肺
保険の種別	社保	国保	その他	
受診方法	センター	地域検診		
利用者	住所	旭川市6条通7丁目		
	氏名	共済花子	男 女	区分 本人 配偶者
	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日	年齢	○才
	会員氏名	共済花子	会員番号	000-○

上記のとおり申し込みます。

平成 ○年 ○月 ○日

事業所名 ○○株式会社

----- 切 り 取 り 線 -----

1 がん検診の受診について

がん検診を促進し、がん予防を図るため、旭川がん検診センター、~~または同センターの地域検診~~を受診する場合の費用の一部について、助成を行っています。

- 対 象** 会員及び配偶者
- 検診科目** 「胃」「子宮」「乳房」「肺」
- 期 間** 4月～2月まで
- 検診機関** 旭川がん検診センター
旭川市末広東2条6丁目 電話53-7111
- 申込方法** 共済センターに申し込んでください。
「がん検診利用券」を発行します。
- 助成額** 500円以内（年1回に限ります。また、今年度中に検査を受けた方は、助成の対象となりません。）
※ なお、検査料金は、市町村から助成金が出ていますが、各市町村の助成額が一定でないため、受診者が所在する市町村ごとに自己負担額が異なります。（旭川市民の場合の自己負担額は、子宮：200円、胃・乳房・肺：無料となります。）