

がん検診利用券申込書

受診年月日	令和 年 月 日	電話番号	自宅 事業所
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	旭川がん検診センター		
利用者	住所		
	氏名	男女	区分 本人・配偶者
	生年月日	S H	年 月 日 年齢 歳
	会員氏名		会員番号 —

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日
事業所名

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にて受診する場合の費用の一部を助成しています。

- ①対象 会員及び配偶者
- ②検診科目 「胃」 「子宮」 「乳房」 「肺」
- ③期間 4月～2月末まで
- ④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
- ⑤申し込み方法 旭川がん検診センターに検診日を予約してからこの用紙に必要な事項を記入の上、共済センター事務局に提出して申し込んでください。がん検診利用券を発行致します。
- ⑥助成額 500円以内（1科目年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にはなりません。）

※なお、検査料金は受診者が居住する市町村によって自己負担額が異なる場合があります。