

# 令和6年度がん検診等自己負担金免除申請書

がん検診等の自己負担金免除決定のために必要な町(府)民税の課税状況及び生活保護について、関係当局に報告を求めることに同意します。

太枠内をご記入ください。それ以外は記入しないでください。

※郵送の場合は申請者氏名欄に本人署名又は押印をお願いします。

申請日	令和 年 月 日			申請者	・本人 ・家族 ・代理人( )																																				
ふりがな																																									
申請者氏名				料金を免除する検診に○印をする	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>該当</th> <th>発行</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>大腸がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>胃がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>肺がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>前立腺がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>乳がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>子宮頸がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>健康診査</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>肝炎ウイルス検診</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			該当	発行	1	大腸がん検診			2	胃がん検診			3	肺がん検診			4	前立腺がん検診			5	乳がん検診			6	子宮頸がん検診			7	健康診査			8	肝炎ウイルス検診		
		該当	発行																																						
1	大腸がん検診																																								
2	胃がん検診																																								
3	肺がん検診																																								
4	前立腺がん検診																																								
5	乳がん検診																																								
6	子宮頸がん検診																																								
7	健康診査																																								
8	肝炎ウイルス検診																																								
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)																																								
年齢	歳	性別	男・女																																						
住所	久御山町																																								
昼間に連絡がつく電話番号	— —																																								
世帯主氏名																																									
医療保険種類	久御山町国民健康保険 ( ) 社会保険等[被用者保険] ( )																																								
がん検診等自己負担金免除申請につき、上記申請者から、その権限を委任されました。																																									
代理人氏名																																									
住所・電話番号																																									
☎ — —																																									
*該当する番号を○で囲んでください。																																									
(料金免除内訳)	1 大腸がん検診(40歳以上)	700円	1 生活保護世帯等	1 生活保護世帯等 (該・非) 2 住民税が課税されていない世帯 (該・非) 3 中国残留邦人等支援給付世帯 (該・非)																																					
	2 胃がん検診(50歳以上で西暦奇数年生まれの人)	2,500円			2 住民税が課税されていない世帯																																				
	胃内視鏡検査																																								
	3 肺がん検診(40歳以上)	300円	3 中国残留邦人等支援給付世帯																																						
	4 前立腺がん検診 (50歳以上西暦奇数年生まれの男性)	500円																																							
	5 乳がん検診 (40歳以上西暦奇数年生まれの女性)	1,000円																																							
	6 子宮頸がん検診 (20歳以上西暦奇数年生まれの女性)	1,100円																																							
	⑦ ⑧の人(受診票持参の人)																																								
7 健康診査 (生活保護世帯・中国在留邦人等支援給付世帯)	0円	優先	確認者	(確認課) 福祉課																																					
8 肝炎ウイルス検診 (今年度40歳以上で過去に受診歴がない人)	500円	<input type="checkbox"/> クーポン等(乳・子宮・肝炎ウイルス対象者) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 70歳以上 ※生保は免除申請要!			国保健康課																																				