

東北町がん精密検査助成金支給申請書

東北町長 殿

申請日		年 月 日		
申請者 (受診者)	住所	東北町		
	(フリガナ)氏名	◎	生年月日	年 月 日
総合検診 人間ドック 受診日		年 月 日	電話番号	() -
精密検査の内容	種類	1. 胃がん 2. 大腸がん 3. 肺がん 4. 子宮頸がん 5. 乳がん 6. 前立腺がん		
	受診日	年 月 日		
	受診した医療機関	病(医)院名		電話番号 () -
		所在地		

※太枠の中をご記入ください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)口座名義人			

※ この申請書は東北町が実施するがん検診において、精密検査の必要があると検査結果がでた方に配布しております。

必要書類：医療機関等の名称等が記載されている領収書と明細書（必ず両方）

通帳のコピー（還付先の口座がわかるもの。通帳の表紙と表紙をめくった見開き面が確認できるもの）*通帳コピーは窓口でも可能です。

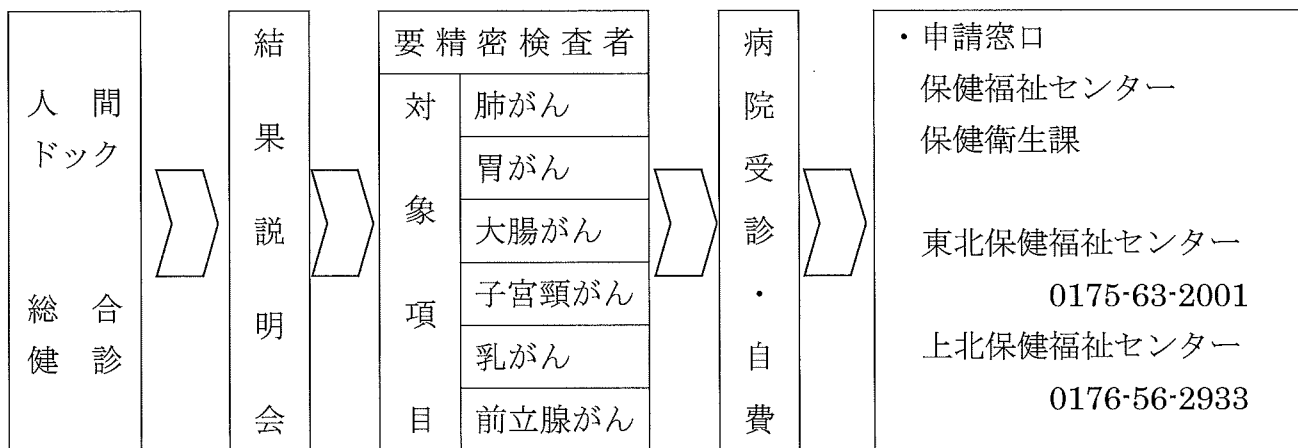
提出期限：東北町が実施するがん検診を受診した日から1年以内とします。

検査に要した費用 (保険適用分)	円
助成決定額	円

東北町がん精密検査費用助成のご案内

町が実施する各種がん検診（人間ドック・総合健診）において、検査結果が「要精密検査」となった方に対し、精密検査費用1検査項目当たり 3,000 円を上限として助成いたします。

要精密検査となったら放置せず、速やかに受診し、早期発見・早期治療につなげましょう。



★ 健診日より起算して1年以内の申請が助成対象となります。