

\* 組員＝事業主です。(世帯主ではありません)

<b>* 支出 伺</b>	支給日	平成 年 月 日	理事長		常務理事	
	支給金額	円	事務長		係	

## 市 民 が ん 検 診 等 助 成 金 申 請 書

○ 領収書の原本を添付してください。

保険証番号	芸	性 別	男 ・ 女
受検者氏名		生年月日	昭 平 年 月 日
実 施 日	平成 年 月 日	実施場所	
窓口負担金	円		
検 診 内 容 (該当に○印を)	イ. がん検診 ( 胃 ABC 肺 大腸 乳 子宮 前立腺 ) ロ. 骨粗しょう症予防健診		
検 診 結 果 (結果判定している場合)	1. 異常なし      2. 要注意      3. 要観察 4. 要精密検査    5. 要治療		
<p>上記のとおり、市民がん検診等費用の負担をしましたので申請します。</p> <p>平成 年 月 日 円 ( 千 )</p> <p style="text-align: right;">住所.....</p> <p style="text-align: right;">組員 (事業主) 氏名..... 印</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 20px;">京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</p>			
振 込 先	銀行 ( 店番 ) 信金 支店 普・当・貯蓄      フリガナ..... 口座番号.....      口座名義人.....		
委任の欄	この欄は給付金の受領を申請者(組員)以外の口座に振込む場合に記入してください。	給付金の受領を ( ) に委任します。 平成 年 月 日 組員氏名..... 印	

\* 太枠内だけ記入してください。 申請期限 2019年3月31日必着

## 市民がん検診等助成実施要項

**対象者** : 芸国に加入している **35歳以上**の被保険者  
(35歳未満の方はお住まいの市町村で実施している助成制度をご利用ください)

**申請期間** : **2019年3月31日 必着**  
※ **申請期間を過ぎた場合は、お支払できません。ご注意ください。**

**助成額** : 市民がん検診、および骨粗しょう症検査（市が実施のもの）の  
窓口負担金額、全額助成。

### 申請方法

○ 下記のことを芸術家国保まで郵送してください。

- ① 当申請書
- ② 領収書（原本） ※受検者名（フルネーム）と領収金額が記載されているもの。  
受検者氏名がない場合は手書きでかまいませんので領収書の余白部分に記入してください。

※申請者は必ず**組合員**名でお願いします。

**組合員＝事業主**です。世帯主は組合員ではありません。ご注意ください。

※助成金の振込指定口座名義が組合員名義以外の場合は、委任の欄の記入、捺印が必要です。

## 京都市 がん検診 一覧（参考:29年度分）

がん検査項目	対象者	検査方法	窓口負担金額
胃がん	50歳以上 (2年に1度)	・バリウムによる胃部X線検査 (胃部内視鏡検査と選択制)	1,000円
		・胃内視鏡検査(胃部X線検査と選択制)	3,000円
胃がんリスク	40、45、50、55、60、65歳	・ABC健診(血液検査) (今まで胃がんリスク層別化健診を受診したことがない方)	500円
大腸がん	40歳以上 (年に1度)	・便潜血検査	300円
肺がん	40歳以上 (年に1度)	・胸部X線撮影 ・喀痰細胞診検査 (問診の結果必要な方のみ)	X線: 無料 喀痰: 1,000円
乳がん	30歳以上の女性 (2年に1度)	・30歳代: 視触診+乳房エコー ・40歳代: 視触診+マンモグラフィー	1,300円
子宮がん	20歳以上の女性 (2年に1度)	・子宮頸部細胞診 (体部は実施していません)	頸部: 1,000円
前立腺がん	50才以上の男性 (2年に1度)	・血液検査(PSA検査)	1,500円

※検査機関等、詳細はお住まいの保健センターにお問合せください。