（保健事業様式第3号）

令和7年度　がん検診助成金請求書

○　がん検診受検日　　年　　月　　日

○　がん検診の種類及び検査方法

検査を実施した検査方法に○印を付し、自己負担額を記入してください。

種　類	○印欄	項番	検査方法	自己負担額
胃がん検診		①	胃X線検査（バリウム・胃透視）	
		②	胃内視鏡検査（胃カメラ）	
		③	ヘリコバクターピロリ抗体検査	
		④	ABC検診（ﾍﾟﾌﾟｼﾉｹﾞﾝ検査とﾍﾘｺﾊﾞｸﾀｰﾋﾟﾛﾘ抗体検査の併用法）	
子宮頸(体)がん検診		⑤	細胞診	
		⑥	HPV検査	
肺がん検診		⑦	低線量CT	
		⑧	喀痰細胞診	
乳がん検診		⑨	マンモグラフィ単独法	
		⑩	マンモグラフィと視触診の併用法	
		⑪	視触診単独法	
		⑫	超音波検査（単独法・マンモグラフィ併用法）	
大腸がん検診		⑬	便潜血検査（事業者健診項目として実施されたものは除く。）	
		⑭	S状結腸鏡検査	
		⑮	全大腸内視鏡検査	
		⑯	注腸X線検査（バリウム）	
		⑰	大腸CT検査	
自費人間ドック	※		受検した人間ドックに上記検査方法が含まれている場合のみ対象。 自費人間ドック受検での自己負担総額を右欄に記入してください。	※
			自己負担額合計	

（※）当組合の人間ドック助成を受けず自費で人間ドックを受検し、上記①～⑰の検査方法が含まれる場合が助成対象です。自費の人間ドックで実施した検査方法について、「○印欄」に○印を付してください。

○　助　成　金　　円　（自己負担額合計のうち上限5,000円）

上記金額を検査機関の**領収書の写し**を添えて請求します。

年　　月　　日

請求者　所属所名

組合員等記号－番号　－

組合員氏名

組合員生年月日　　年　　月　　日

熊本県市町村職員共済組合理事長　様

（注）がん検診助成対象者は、組合員のみです。
なお、保険診療外検診(10割負担)が、助成の対象となります。
各市町村等のがん検診との併用も可能ですが自己負担が発生した場合のみ請求可能です。

＜共済組合確認欄＞

人間ドック	対象外	