

\* 組合員＝事業主です。(世帯主ではありません)

支 出 決 定			支 給 日	令 和 年 月 日
常務理事	事務長	係		
			支 給 金 額	円

## 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。

保険証記号番号	芸	性 別	男 ・ 女
受診者名		生年月日	昭 平 年 月 日
受 診 日	令 和 年 月 日	実施場所	
自己負担金額	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		

上記のとおり市民がん検診等助成金を申請します。

令和 年 月 日 円 ( 千 )

住所.....

組合員 .....

(事業主)

氏名..... 印

京都芸術家国民健康保険組合理事長 様

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	この欄は助成金の受領を申請者(組合員)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。 令和 年 月 日 組合員氏名..... 印
------	--	---

\* 太枠内だけ記入してください。

申請期限 受診日の属する年度末 (3月31日) 必着

## 市民がん検診等助成金実施要項

**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** : **受診日の属する年度末（3月31日） 必着**  
※ **申請期間を過ぎた場合は助成できません。ご注意ください。**

**助成額** : 市民がん検診および骨粗しょう予防検査（市が実施のもの）の自己負担額分を全額助成。

### 申請方法

○ 芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

- ① **市民がん検診等助成金申請書**
- 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:令和3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：乳房エコー ・40 歳代：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。