【様式１号】

福山市がん検診推進事業自己負担額還付申請書
（子宮頸がん検診・乳がん検診）

年　　月　　日

【申請者】

フリガナ

名前

生年月日　　年　　月　　日

〒

住所

電話番号　（　　）　　－

福　山　市　長　　様

福山市がん検診推進事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり自己負担額の還付を申請します。
なお、医療機関へ受診状況の照会を行うことに同意します。

自己負担額還付額内訳　　**※太枠内のみ記入してください。**

検診区分	検診受診場所	自己負担額	該当するものに〇をしてください。	還付決定額
子宮頸がん検診（4/1時点で20歳の人）	集団健診（福山市医師会健診センター・福山検診所・中国労働衛生協会・市民交流センター等）	1,200円		
	医療機関	1,500円		
乳がん検診（4/1時点で40歳の人）	集団健診（福山市医師会健診センター・福山検診所・中国労働衛生協会・市民交流センター等）	1,500円		
	医療機関	1,800円		

検診受診年月日

年　　月　　日

検診を受診した医療機関名又は会場名

振込先金融機関

指定預（貯）金口座	金融機関コード	預金種目	口座番号
	金融機関名　　店舗名　　支店	1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他	
ゆうちょ銀行の場合	貯金種別	通帳記号	通帳番号
	1　通常貯金・通常貯蓄貯金 2　振替貯金		
口座名義人カナ			

備考欄

この申請書は、健康推進課で保管します。

これは、無料クーポン券を使用せずに、福山市が実施する「子宮頸がん検診」又は「乳がん検診」※１を受診し、自己負担額を支払った人が、自己負担額の還付を申請するものです。
裏面の記入例を参考に記入し、受診日の属する年度末までに申請をしてください。
※１　保険診療や職場等で実施された検診等は対象外です。

◎申請書提出のためのチェックリスト

１　対象者について
- □「子宮頸がん検診」無料クーポン券の交付対象者である
- □「乳がん検診」無料クーポン券の交付対象者である

２　提出書類について（申請書とあわせて提出してください）
- □無料クーポン券
- □振込口座の通帳のコピー
  （申請書に記入の「金融機関名」「店舗名」「口座番号」「口座名義人カナ」が記載されている部分）
- □領収書（コピー可）

【申請先】
〒720-8512
福山市三吉町南二丁目11番22号
福山市健康推進課

請　　求　　書

福　山　市　長　様

年　　月　　日

次の金額を請求します。　　住　　所

金額				千	百	十	万	千	百	十	円
							¥				

名　　前　　印

※　首標金額の訂正はできません。
※　首標金額の一桁上位の欄に¥印を記入してください。

内容
福山市がん検診推進事業自己負担額（還付額）として
検診区分　　子宮頸がん検診　　・　　乳がん検診
検診受診場所
検診受診年月日　　年　　月　　日
自己負担額　　円

10－会－79　Ａ５　再生紙５５

保健―2024.4.1

記　入　例

【様式１号】

福山市がん検診推進事業自己負担額還付申請書
（子宮頸がん検診・乳がん検診）

年　　月　　日

【申請者】
フリガナ　フ ク ヤ マ ハ ナ コ
名前　福　山　花　子
生年月日　2004 年 4 月 2 日
〒　720-8512
住所　福山市三吉町南二丁目１１番２２号
電話番号　（　０８４　）　９２８　－　３４２１

福　山　市　長　　様

福山市がん検診推進事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり自己負担額の還付を申請します。
なお、医療機関へ受診状況の照会を行うことに同意します。

自己負担額還付額内訳　　※太枠内のみ記入してください。

検診区分	検診受診場所	自己負担額	該当するものに○をしてください。	還付決定額
子宮頸がん検診（4/1時点で20歳の人）	集団健診（福山市医師会健診センター・福山検診所・中国労働衛生協会本部健診センター・中国労働衛生協会北部市民センター・市民交流センター等）	1,200円	○	
	医療機関	1,500円		
乳がん検診（4/1時点で40歳の人）	集団健診（福山市医師会健診センター・福山検診所・中国労働衛生協会本部健診センター・中国労働衛生協会北部市民センター・市民交流センター等）	1,500円		
	医療機関	1,800円		

検診受診年月日：2025 年 6 月 10 日
検診を受診した医療機関名又は会場名：北部市民センター

振込先金融機関

指定預（貯）金口座	金融機関コード	預金種目：1 普通 / 2 当座 / 4 貯蓄 / 9 その他
	金融機関名：福　山　銀　行　　店舗名：東　桜　町　支店	口座番号：0 0 0 0 0 0 1
ゆうちょ銀行の場合	貯金種別：1 通常貯金・通常貯蓄貯金 / 2 振替貯金	通帳記号 / 通帳番号
口座名義人カナ	フ ク ヤ マ　ハ ナ コ	

備考欄

この申請書は、健康推進課で保管します。

◎記入上の注意点

【申請書】
- 申請者の欄及び太枠内に必要事項を記入してください。
- 振込先金融機関の指定預（貯）金口座は、申請者が口座名義人になっている口座を記入してください。

【請求書】
- 申請者の住所及び名前の欄に記入し押印してください。
（請求書の太枠内は、福山市で記入します。）

請　求　書

スタンプ印は使用できません。

福　山　市　長　様　　年　月　日

次の金額を請求します。

住　所　福山市三吉町南二丁目11番22号
名　前　福　山　花　子　（福山）

金額　千　百万　十　万　千　百　十　円　¥

※　首標金額の訂正はできません。
※　首標金額の一桁上位の欄に¥印を記入してください。

内容
福山市がん検診推進事業自己負担額（還付額）として
検診区分　子宮頸がん検診　・　乳がん検診
検診受診場所
検診受診年月日　年　月　日
自己負担額　円

請求書は、住所・名前のみ記入してください。他の箇所は記入しないでください。

10－会－79　Ａ５　再生紙５５

保健―2024.4.1