【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、広島生活習慣病・がん健診センター福山、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、広島生活習慣病・がん健診センター福山、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	検診を受診した医療機関名又は会場名
年　　月　　日	

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。

この申請書は、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をすでに受診し、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ための申請書です。
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	百万	十万	万	千	百	十	円
			¥				

名　　前

※　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―2026.4.21

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）

20〇〇 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　20〇〇 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

【申請者】の欄へ
・フリガナ
・名前
・生年月日
・〒
・住所
・電話番号
を記入してください。

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、広島生活習慣病・がん健診センター福山、市民交流センター等）	1,200円	〇	
	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、広島生活習慣病・がん健診センター福山、市民交流センター等）	1,500円		
	医療機関	1,800円		

該当する検診区分に「〇」を記入してください。

検診の受診年月日を記入してください。

検診を受診した医療機関名や会場を記入してください。

検診受診年月日	検診を受診した医療機関名又は会場
20〇〇 年　△ 月　□□ 日	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	口座番号
	金融機関名　福　山　銀　行　東　桜　町　支店	1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他	0 0 0 0 0 0 1
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	フ ク ヤ マ　ハ ナ コ		

振込を希望する金融機関の口座情報を記入してください。

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

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
名　前　福　山　花　子

金額	千	百	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

請求書へは、住所・名前をご記入ください。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―2026. 4. 21