

胃がん検診・マンモグラフィ検査 受診票

令和 年 月 日

医療機関長 殿

南大東村長 新垣 利治

日頃より本村の健診事業にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

この受診票は、胃がん検診・マンモグラフィ検査の受診にあたり、「南大東村専門病院治療にかかる渡航費助成金」の交付を申請する受診者が村役場に提出するものです。

つきましては、貴医療機関において太線枠内へご記入くださいますようお願い申し上げます。

交付申請者

氏名		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
住所	南大東村字		
健康保険種別	国保 ・ 国保以外		

受診者が負担した検診費用（胃がん検診のみ）

人間ドックに含まれる胃がん検診を受けた場合	人間ドック費用のうち 胃がん検診のみの費用	円
胃がん検診のみを受けた場合	初診料を含む検診費用	円

検査結果

検査項目	実施日	医師判定 (どちらかに○、内容の記入をお願いします)	
		異常なし	異常あり
胃がん検診	年 月 日	異常なし	異常あり ()
マンモグラフィ 検査	年 月 日	異常なし	異常あり ()

上記のとおり実施しました。

実施医療機関名
所在地
担当医

- 胃がん検診はバリウム・カメラのどちらでも助成対象となります。
- 胃がん検診にかかる費用は、患者が窓口で負担した金額をご記入ください。

【お問い合わせ先】

南大東村保健センター 健康増進・がん検診担当

〒901-3895 南大東村字南 144 番地 1

(TEL: 09802-2-2116 / FAX: 09802-2-2813)