

※受診される医療機関へお渡しください。

事 務 連 絡

各 医 療 機 関 様

羽曳野市 保健福祉部 健康増進課

羽曳野市検診費用助成事業に伴う
医療機関記入欄への記入又は診療明細書の発行協力について（依頼）

羽曳野市では平成 26 年度から、市民の健康管理を目的として保険診療外の検診費用について一部を助成する検診費用助成事業を実施しています。

費用助成にあたり、受診者から受診証明の依頼があった際には「羽曳野市検診費用助成事業申請書兼請求書」の医療機関記入欄にご記入・押印をお願いします。

なお、記入に際して費用が発生する場合は、保険診療外で検査を実施したことがわかる、領収書及び診療明細書を受診者へお渡しいただきますようお願い申し上げます。

（対象者）
受診時 50 歳以上の羽曳野市民。
保険診療外で所定の検査を実施される方。
（対象となる検査及び検診項目）

- ①胃内視鏡検査(胃カメラ) ②脳MRI 検査または脳MRA検査③PSA検査（前立腺がん検査）
④ピロリ菌検査またはABC検査 ⑤マンモグラフィ（乳がん検査）⑥乳房エコー（乳がん検査）

〈記入例〉 ※訂正される場合は、訂正印をお願いします。

＜医療機関記入欄＞

検査及び検診項目	受診日	領収額
胃内視鏡検査（胃カメラ）	令和 6 年 4 月 1 日	30, 000 円
脳 MRI 検査・脳 MRA 検査	年 月 日	円
PSA 検査（前立腺がん検査）	令和 6 年 4 月 1 日	5, 000 円
ピロリ菌検査・ABC 検査	年 月 日	円
マンモグラフィ（乳がん検査）	年 月 日	円
乳房エコー（乳がん検査）	年 月 日	円
合 計		35, 000 円

上記検査を保険診療外で実施し、上記金額を領収したことを証明します。

証明年月日 令和 6 年○月×日

所在地 〒○○○－○○○○ 大阪府羽曳野市△△△
医療機関名 ▲▲会 ◎◎病院
代表者名 羽曳野 太郎
TEL (072)－○○○－××××

医療機関名のもの

印

＜問い合わせ先＞

羽曳野市健康増進課

〒583-8585 大阪府羽曳野市誉田 4-1-1（平日 9:00～17:30）

TEL 072-947-3660（ダイヤルイン） FAX 072-958-0397