

令和8年度大阪市がん検診推進事業及び受診率向上事業 自己負担金償還払い申請書

様式②

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

下記の事項に同意の上、「大阪市がん検診自己負担金償還」を申請します。

- ①大阪市子宮頸がん検診・大阪市乳がん検診自己負担金の償還に関し、償還資格の有無等を公簿で確認すること。
- ②公簿で確認できない場合には、関係書類の提出に応じること。
- ③大阪市から医療機関に受診内容を照会すること。
- ④大阪市が下記に掲載された振込先口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込ができず、かつ、令和9年4月30日までの間に、申請・受診者(代理人を含む)に電話や文書等で連絡、確認できなかった場合には、この申請が取り下げられたものとみなされること。

※太枠内を記入してください

1 受診者 (本人)

氏名・生年月日		住所・電話番号	
(フリガナ)		郵便番号	—
平成・昭和 年 月 日生まれ(歳)		大阪市	区
電話番号 ()		電話番号 ()	
クーポン券番号	クーポン券の種類 (チェック☑してください)	検診受診機関 (チェック☑してください)	受診日 (領収書の日付をご記入ください)
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(20歳) <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳) <input type="checkbox"/> 乳がん(41~59歳市国保)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 各区保健福祉センター	令和 年 月 日

2 振込口座

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連	本・支店 本・支所 出張所	1.普通 2.当座	(右詰めでお書きください)	(フリガナ)
金融機関コード	支店コード			
※ゆうちょ銀行(通常貯金・総合口座)の方で、支店名・7ケタの口座番号が不明な場合はこちらにご記入ください				
貯金通帳の見開き左上、又はキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。(※欄には6桁目がある場合のみご記入ください)	記号 (左詰めでお書きください)	番号 (右詰めでお書きください)	口座名義 (フリガナ)	
	1 0 - ※			

※添付書類(裏面参照)

- ①クーポン券 ②領収書 ③本人確認書類 ④振込先口座確認書類 など

本申請書に記載された個人情報を大阪市がん検診推進事業及び受診率向上事業自己負担金償還にかかる事務以外に使用する事はありません。

〈記入上の注意〉

- ・記入はすべて黒のペン又は黒のボールペンでお書きください。
- ・該当する口にはレ印を、その他該当する事項は○で囲んでください。
- ・本紙裏面に必要書類貼付箇所があります。ご確認ください。
- ・記入漏れ等、内容に不備があると申請を受付できない場合がありますので、ご注意ください。

区受付日印	局受付日印	局返戻日印

各区役所への申請期限(郵送の場合は必着) : 令和9年3月31日 (水)

続いて裏面をご確認ください



クーポン券貼付位置

クーポン券 (原本貼付)

氏名、クーポン券番号が記載している面を上にして貼付してください。

- 必ず対象となるクーポン券のみ貼付してください。
- クーポン券の端のみ、のりづけしてください。
- クーポン券を紛失した場合、再交付申請書の添付で、クーポン券貼付を省略できます。
- 乳がん検診(41～59歳市国保)の対象でクーポン券が届いていない場合は、交付申請書の添付で、クーポン券貼付を省略できます。

[のり付け]

領収書 (写し貼付)

○領収書の写しを貼付してください。

(注意: 領収書の日付が「令和8年4月1日～クーポン券受領日」以外の場合、自己負担金の償還はできません。)

※クーポン券受領日とは、交付年月日から30日までのことを指します。

次の事が記載されてますか？(医療機関で検診を受けた場合のみ)

- 受診者の氏名
- 受診日(「令和8年4月1日～クーポン券受領日」までのみ対象)
- 大阪市がん検診の自己負担金額(記載が無い場合は、領収書の他に明細書等を添付)
- 大阪市がん検診であること(人間ドック等、市検診以外は償還払い対象外)

※領収書に上記の内容が記載されていない場合や、領収書を紛失した場合は別紙「申請書の記入方法等」の「2 領収書」の欄をご覧ください。

[のり付け]

受診者本人確認書類 (写し貼付)

○現住所・名前・生年月日が
確認できる書類を貼付してください。

(マイナンバーカード(表面のみ)・運転免許証・健康保険証等)

※乳がん検診(41～59歳市国保)の償還払い申請の場合は、大阪市国民健康保険被保険者であることが確認できるもの(資格確認書、資格情報のお知らせ、またはマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報(PDF)」)、また既に社会保険等に変更された場合は、その他の本人確認書類が必要

[のり付け]

代理人確認書類 (写し貼付)

○現住所・名前・生年月日が
確認できる書類を貼付してください。

※代理人の場合は、委任状及び受診者本人確認書類と代理人確認書類の両方が必要となります

[のり付け]

振込先金融機関口座確認書類 (写し貼付)

○通帳あるいはキャッシュカードの写しを貼付してください。

○金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義のフリガナが記載していることを確認してください。