

令和7年度 がん検診等申込書

※㊦㊧のいずれにも該当しない人は申請の必要はありません。

ふりがな		生年	年	月	日
氏名		月日	(満 歳)		
送付先 住所	〒 (送付先氏名・施設等名称まで記入してください)				
電話番号		携帯			

①希望する検診すべてに○印をつけてください。

種別	大腸がん	前立腺がん	子宮頸がん	乳がん	肝炎ウイルス
希望	()	()	()	()	()
自己負担額	600 円	700円	1,600 円	1,600 円	700円
75 歳以上	無料	無料	無料	無料	無料

②該当するものに○印をつけてください。

種別	子宮頸がん		乳がん	肝炎ウイルス
該当	() 【市外受診】	() 【特例対象】	() 【特例対象】	()
対象	20歳以上女性、宇治市・城陽市・久御山町以外で受診する人	20歳以上女性、西暦奇数年生まれで前年度対象かつ未受診の人	40歳以上女性、西暦奇数年生まれで前年度対象かつ未受診の人	40歳以上で一度も治療や検診を受けたことのない人

③以下の人は、該当するものに○印をつけて、記入・押印をしてください。

自己負担額免除申請書 (※75 歳以上の方は不要です)

()令和7年度市民税非課税世帯 ()生活保護世帯 ()中国残留邦人等支援給付世帯

[同意欄]上記のとおり申請します。なお、免除申請理由の確認に際し、受診者及び受診者の世帯にかかる課税状況及び生活保護・中国残留邦人等支援の給付状況に関する調査を市長が行うことについて同意します。

宇治市長あて 必須 続柄

年 月 日 氏名 印 ()

※受診後に一部負担金の免除申請をされても返金できません。

(健康づくり推進課記入欄)

免除区分	免除○(無料)						免除×		未申告	□窓口発行 □郵送	確認者1
	非課税	生保	中国残留	老	クーポン	個別勸奨	本人課税	家族課税			
	年齢	生まれ年・受診歴	かがみ	受診票	市外受診案内	通知文書				確認者2	
						○	×				
大腸	□40 歳以上		無料								
前立腺	□50歳以上	□西暦偶数年	無料								
乳	□40歳以上	□西暦偶数年	無料								
		□西暦奇数年・R6 受診なし	無料・有料	特例							
子宮頸	□20歳以上	□西暦偶数年	無料								
		□西暦偶数年(市外受診)	無料・有料								
		□西暦奇数年・R6 受診なし	無料・有料	特例							
肝炎	年齢	生まれ年・受診歴	かがみ	受診票	医療機関一覧					入力日	
	□40 歳以上	□受診歴なし	個別勸奨・無料・有料								