

乳がん検診自己負担分払い戻しのお知らせ

令和6年度の「無料クーポン券」がお手元に届くまでの間（令和6年4月1日から令和6年6月30日までの間）に乳がん検診を受診された方に、自己負担分の払い戻しをいたします。

払い戻しを希望される場合は、同封の「がん検診料償還払い支給申請書兼請求書」に、必要事項を記入し、必要書類とあわせて返信用封筒でご返送いただきますようお願いいたします。

1. 払い戻しについて

○対象年齢

前年度40歳になられた方（昭和58年4月2日～昭和59年4月1日生まれの方）

○対象の検診

令和6年4月1日から令和6年6月30日までに鹿児島市の元いきいき検診制度を利用して受診された乳がん検診（マンモグラフィ検査2方向）

※その他の検査（視触診検査・超音波検査等）は、払い戻しの対象となりません。

※受診申告書を記入せず、本市の検診以外で乳がん検診を受診した方も対象となりません。

2. 金額

払い戻しの対象となるのは、以下の料金です。（マンモグラフィ検査2方向のみ）

集団検診会場	個別医療機関
1,300円	2,400円

※県民総合保健センター、ヘルスサポートセンター鹿児島、鹿児島厚生連病院健康管理センター、さがらパース通りクリニックは集団検診会場です。

3. 申請期限

令和6年12月13日（金）まで

4. 申請に必要なもの

- (1) 同封の「がん検診料償還払い支給申請書兼請求書」
- (2) 市が交付した「令和6年度乳がん検診（マンモグラフィ）無料クーポン券」（裏面に見本有）
- (3) がん検診を受診したことが確認できる書類（コピー可）
- (4) 金融機関の通帳やキャッシュカード等の振込先口座が確認できる書類の写し

※(2)及び(3)は、紛失された方も申請できます。申請書兼請求書の余白に紛失された旨を記入してください。

※(3)については領収書や結果通知書等の、日付、検診機関名、受診者氏名がわかるものをご提出ください。

裏面に続く

5. 無料クーポン券（見本）

〈検診機関→保健所〉 	市番号	受診券番号	〈検診機関控え〉
	氏名	見 本	受診券番号
生年月日	交付年月日		
住 所	氏 名		
	生年月日		
		住 所	
令和6年度乳がん検診(マンモグラフィ)無料クーポン券 有効期間:令和6年7月1日から令和7年3月31日まで			
鹿児島市長 下鶴 隆央			鹿児島市

※「がん検診無料クーポン券在中」と記載された白色の封筒に同封されています。

6. 注意事項

- がん検診料償還払い支給申請書兼請求書の記入を間違えた場合には、間違えた箇所に二重線を引いたうえで、上から訂正印を押してください。
(修正液や修正テープ、シャチハタは使用できません。)
- 金融機関の通帳やキャッシュカード等の写しが同封されていない場合や、がん検診料償還払い支給申請書兼請求書の記載に不備（振込先の間違いなど）がある場合は、払い戻しができないこともありますのでご注意ください。
- 委任欄を使用する場合は、委任者と受任者で異なる印を押してください。

7. 問い合わせ先

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号
鹿児島市 保健予防課 TEL 099-803-6927