

横浜市がん検診 精密検査費用助成制度のご案内

横浜市がん検診の精密検査を受けて医療機関に支払った費用を助成します

助成を受けることができる方 *①②③すべてを満たす方

- ① 70歳以上の方（昭和30年4月1日以前にお生まれの方）
- ② 令和7年1月1日以降に横浜市がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮頸）を受けた方
- ③ 横浜市がん検診の結果、医師から精密検査を受けるよう説明を受けた方

助成対象になる費用

精密検査を受けて支払った医療費の自己負担分（保険適用分）

*横浜市が定める精密検査に要する費用に限ります。
助成対象になる主な検査項目はウェブページをご覧ください。

横浜市がん検診ウェブページ



申請に必要な書類

*郵送申請の場合は②③④のコピー

がん検診を受けた医療機関で受け取る書類

- ①申請書
- ②検診票/本人控え

*胃がん検診（内視鏡検査）を受けた時に「生検」を受けた場合は、胃がん内視鏡検査を受けた医療機関から渡される ③領収証 ④診療明細書

精密検査を受けた医療機関で受け取る書類

- ③領収証
- ④診療明細書

申請方法

郵送又は電子申請で申請してください。

郵送の場合は、申請書類①②③④をそろえて送付先へ提出してください。

*②③④の原本を送付された場合は返却できません。ご注意ください。

郵送の場合 | 送付先

〒231-0005
横浜市中区本町6-50-10
横浜市医療局がん・疾病対策課

電子申請はこちら



問合せ

8:30~17:15

日曜祝日年末年始を除く

横浜市けんしん専用ダイヤル

TEL：045-664-2606

FAX：045-664-3851

申請書の記入例

記入日

第1号様式（第4条関係）

横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金支給申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

(申請者) 〒

住 所 横浜市中区本町 6-50-10

申請者欄

住所、氏名、助成対象者との続柄（本人・親・子 など）、生年月日、性別、電話番号（日中連絡が取れる電話番号）を記入してください。

氏 名 横浜 一郎

(助成対象者との続柄) 本人

生年月日 T (S) 29年 4月 1日

性 別 (男) ・ 女

電 話 045 (671) 2453

横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金の支給を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成実施要綱を遵守します。

添付書類： 領収証（写し） 診療明細書（写し） 横浜市がん検診の検診票（写し）

対象者

対象者※1	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
申請事由		<input type="checkbox"/> 胃がん <input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん

助成対象者の氏名、フリガナ、性別、生年月日、住所、電話番号（日中連絡が取れる電話番号）を記入してください。申請者と同じ場合は省略可能です。

※助成金申請金額は診療明細書から、本市が認める精密検査項目の金額となりますので記載不要です。

申請事由

当てはまる申請事由に✓をしてください。

チェックを入れてください。

(普通口座のみ)

振込先(ゆうちょ銀行以外)

ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込みの場合、✓をして助成金の振込先を記入してください。振込先は普通預金口座に限ります。

ゆうちょ銀行へのお振込み（普通口座のみ）

振込先(ゆうちょ銀行)

ゆうちょ銀行へお振込みの場合、✓をして助成金の振込先を記入してください。

支店名は漢数字3桁、記号は5桁、番号は8桁(末尾「1」は記入済み)になります。

振込先は普通預金口座に限ります。

(委任欄)

私は、次の者に横浜市がん検診における精密検査費用助成金支給申請

委託者(対象者) 男

受任者(申請者) 男

※1 申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※2 原則、申請者の口座を希望する場合は、申請者の口座を希望する旨を明記してください。

委任欄

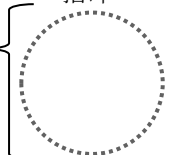
次の場合は委任欄に、委任者(対象者)と受任者(申請者)の両方に記名、押印をしてください。

- ・申請者と対象者が異なる場合
- ・口座名義人と対象者が異なる場合

捨印

必ず、押印してください。

捨印



横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金支給申請書

年 月 日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

(申請者)

〒

住 所 横浜市

氏 名

(助成対象者との続柄)

生年月日 T・S 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電 話 ()

横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金の支給を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成実施要綱を遵守します。

添付書類： 領収証（写し） 診療明細書（写し） 横浜市がん検診の検診票（写し）

対象者※1	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上	男・女	T・S 年 月 日
	住 所	〒	電話番号	
申請事由		<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん		

※助成金申請金額は診療明細書のうち、本市が認める精密検査項目の金額となりますので記載不要です。

ご希望のお振込口座をどちらか選択の上、チェックを入れてください。

ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込み（普通口座のみ）

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	預金種別 普通
	口座番号 (右詰)		口座名義人 (カ ナ)	

ゆうちょ銀行へのお振込み（普通口座のみ）

振込先	ゆうちょ銀行	※漢数字三桁で記入	本店 支店	記号		預金種別 普通
	口座番号 (右詰)		1	口座名義人 (カ ナ)		

(委任欄)

私は、次の者に横浜市がん検診における精密検査費用助成金支給申請と受領に関する一切の権限を委任します。

委託者（対象者）署名

受任者（申請者）

※1 申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※2 原則、対象者の方の口座となりますが、申請者の口座を希望する場合は委任欄をご記入ください。

(同意事項)

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

捨印

