

領 収 書

年 月 日

様

金額

--	--	--	--

円也

但し 子宮頸がん検診費（保険診療外）

医療機関

医師名

印

医療機関へのお願い

この領収書をご持参の方は、輪之内町子宮頸がん検診助成制度を受けられる方です。領収書発行の際は、上記領収書をご使用いただくか、保険診療外の子宮頸がん検診とわかるものを発行していただきますようお願いいたします。

*この助成制度は、子宮頸がん検診が対象です。子宮体がん検診及び治療を伴う検診費用については対象になりません。

問い合わせ先

輪之内町保健センター

TEL 0584-69-5155