

子宮頸がん以外の検診（経膈超音波検査、体がん検査、ウイルス HPV 検査は補助対象外です）

※領収証記載事項

- ①受診者氏名
- ②検診費用
- ③検診年月日（受診日）
- ④検診内容  
（乳がんマンモグラフィー）  
（乳がんエコー）  
（子宮頸がん）
- ⑤医療機関名

見本

領収証

〇〇年〇〇月〇〇日

①〇〇 〇〇様

②金額 ￥〇〇,〇〇〇

但し③〇〇年〇〇月〇〇日検査分

④子宮頸がん検査代として

上記金額正に領収いたしました。

⑤大阪市中央区南船場〇-〇-〇  
□□□病院