

肝炎ウイルス個別勧奨事業検診費用(自己負担金分)還付申請兼請求書

令和 年 月 日

川西市長 あて

市指定の検診実施医療機関で受診しましたので、領収書を添えて検診費用(自己負担金分)の還付を申請いたします。なお、還付金は、下記の金融機関口座に振り込み願います。領収書を添付できない場合は、市が受診医療機関へ支払い確認することに同意します。

フリガナ			受診日	
申請者(受診者)			令和	年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			
現住所	〒 -		電話	
受診時の住所	<input type="checkbox"/> 同上	(転出・転入など現住所に変更がある場合のみ記入。市内転居は除く)		
		異動日	令和 年 月 日	市外へ転出・転入
◆振込先				
振込口座	銀行 信用金庫 農協		支店 出張所	
	1.普通 2.当座 3.貯蓄	口座番号		
フリガナ				
口座名義人氏名				

※ 受診時の領収書及び振込先金融機関の通帳の写しを添付してください。

※ 転入または転出により、他市区町村より無料クーポン券等を交付された場合は添付してください。

※ 申請期限は、**令和7年3月28日**までですご注意ください。

◆「振込先」欄の口座名義人氏名が、申請者(受診者)本人以外の場合は、下欄の「委任状」に委任者(受診者)の氏名の記入・押印をしてください。

委 任 状	
私は、上記口座名義人に検診費用(自己負担金分)の受領に関する権限を委任します。	
令和 年 月 日	委任者氏名 (印)

添付書類	受診時の領収書、振込先金融機関の通帳の写し(口座番号と支店名が記載されている部分の写し)
------	--

以下は記入しないでください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 受診時の領収書	受付者	財務処理日	受診医療機関名
	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関の通帳の写し		R . .	
還付決定金額	円			

提出先
〒666-0016 川西市中央町12番2号
川西市健康医療部
保健センター・予防歯科センター
TEL 072-758-4721