

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				

※ 受診時の領収書を添付するとともに、印鑑などご持参ください。

※ 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6年3月29日までですのでご注意ください。

◆「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)

申請期限	令和6年3月29日まで	添付書類	受診時の領収書
------	-------------	------	---------

以下は記入しないでください。

領収書添付	有	無	領収確認済	受付者	財務処理日	台帳処理日
					R . .	

受診医療機関名	
---------	--

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
TEL 072-758-4721

還付金額	肝炎ウイルス検診 1,000円	還付決定金額	円
------	-----------------	--------	---