

様式第3号(第12条関係)

大月市がん検診償還払い申請書

フリガナ		生年月日	
検診受診者氏名		昭和・平成 年 月 日	
受診した検査内容（受診した検査を○で囲んでください）			
子宮がん		1. 子宮頸部細胞診	
乳がん		1. マンモグラフィ	
		2. 超音波	
受診した医療機関	名称		
	所在地		
添付書類	1. 無料クーポン券		
	2. 受診した医療機関の領収書		
	3. 本人確認できる証明書の写し		
必要書類を添付のうえ、上記のとおり申請します。			
大月市長 殿			
住所	大月市		
フリガナ		日中連絡の取れる電話番号 (携帯可)	
申請者氏名	印		
フリガナ		申請者との続柄	
窓口に来た人の氏名	印		
下記口座へ振り込むよう依頼いたします。			
銀行 信用金庫 信用組合 農協		口座番号	
		普通・当座 番	
フリガナ			
口座名義人			

* この口座情報は、受診者負担金の返還の為に使用するものです。
取り扱いには十分注意し、厳重に管理致します。