

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
受診した健診	1. 生活習慣病予防健診 2. すこやか大月市民健診	
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. 無料クーポン券交付申請書	
	3. 受診した医療機関の領収書	
	4. 身分の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	支店	口座番号
		普通・当座
フリガナ		番
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。