

検診一部負担金還付申請書

年 月 日

（あて先）防府市長

私は、下記理由により、すでに支払った検診一部負担金の一部又は全部の還付を申請します。

申請者	住 所	〒747-		
	氏 名	(印)		
	電話番号		受診券番号	
還付の理由	該当する箇所にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 減免を証する書類を紛失、破損、忘失した <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であった <input type="checkbox"/> 無料クーポンの対象であった <input type="checkbox"/> その他（ ）		
該当の検診に○を付けてください		胃がん・乳がん・子宮がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん		
還付申請額	既支払額(円)－正当額(円)＝申請額(円)			
振 込 先	銀行・信用金庫・信用組合・協同組合		本店・支店・支所	
	口座番号		預金種別	普通・当座
	口座名義 (カタカナでお書きください)			

- 注 1 検診の種類が複数あるときは、還付申請額欄は合計の金額を記入してください。
 2 口座名義が本人以外であるときは、下記委任状に署名・押印してください。

【 委 任 状 】

私は、下記の者を代理人と定め、検診一部負担金還付金の受領に関する権限を委任します。

代理人 住所 _____ 氏名 _____

申請者 _____ (印)

▽ 提出先：〒747-0805 防府市鞠生町12番1号 防府市保健センター Tel0835-24-2161

※市確認欄（記入不要）

検診の種類	既支払額	正当額	還付額	検診日	検診医療機関
胃がん（集団・個別）					
乳がん					
子宮がん（頸・頸体）					
肺がん（喀痰）					
大腸がん					
前立腺がん					
還付額合計					