

申請期限は、一部負担金を支払った日の属する年度末まで

(例) 令和7年10月1日受診・支払いの場合、令和8年3月31日まで

記載例

検診一部負担金還付申請書

令和7年〇月〇日

(あて先) 防府市長

申請書に記入した日付を記入

電話番号は携帯電話の番号で可です
必ず押印してください

と支払った検診一部負担金の一部又は全部の還

受診券番号が不明な場合は空欄でかまいません

申請者	住所	〒747-0805 防府市鞠生町12番1号			
	氏名	保健 花子 保健 印			
	電話番号	0835-24-2161	受診券番号	0123456	
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 checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であった			
該当の検診に○を付けてください		<input type="checkbox"/> 無料クーポンの対象であった			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
還付申請額	既支払額(1,700 円) - 正当額(500 円) = 申請額(1,200 円)				
振込先	防府 銀行 ・信用金庫・信用組合・協同組合	防府 本店 ・支店・支所			
	口座番号	1234567	預金種別	普通・当座 普通	
	口座名義 (カタカナでお書きください)	ホケン ハナコ			

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

振込先の口座を記入してください

【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

委任状は 振込先口座名義と申請者が異なる場合のみ記入してください

※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					
子宮頸がん					
肺がん (喀痰)					
大腸がん					
前立腺がん					
還付額合計					