

がん検診自己負担金還付請求書

子宮頸がん検診
70歳以上 半額用

令和 年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

電話番号

平成31年度のがん検診自己負担金について、下記のとおり還付されるよう
請求します。

記

平成31年度がん検診自己負担金

1 種類および受診日

子宮頸がん検診 令和 年 月 日

2 還付請求額 金、1,000円

3 理 由 平成31年度がん検診受診のため

4 還付金振込口座

金融機関名	銀行・信金・農協 労金・信組		本店・支店 出張所
口座種別	普通・当座	口座名義	フリガナ
口座番号			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下段の「委任状」欄に必要事項をご記入ください。

委 任 状	
上記請求額の受領については、口座名義人である_____に 委任します。	
申請者 住所	
氏 名 ⑩	

※詳細については、裏面もよくお読みになってください

<請求の際に注意していただく事項>

令和元年5月1日（水）から令和2年2月29日（土）の間に、生駒市の子宮頸がん検診を受診された70歳以上の方は、自己負担金の半額を還付いたしますので、速やかに申請していただきますようお願いいたします。

自己負担金還付請求の申請期限は令和2年3月31日（火）となります。

申請は必要な書類を添えて、生駒市健康課まで、送付または直接お持ちください。

1. 申請に必要なもの

- ① がん検診自己負担金還付請求書

※押印や記載漏れのないようご注意ください。

- ② 領収書の写し（医療機関で発行されたもの、レシートでも可）

- ③ 平成31年度 生駒市がん検診受診券の写し

- ④ 申請者本人名義の通帳の写し（口座番号と名義人のフリガナがわかるページ）

※振込口座が本人名義でない場合は「委任状」欄への記載と押印が必要です。

2. 支払い額および支払い時期

必要事項を確認後、自己負担金の半額を指定された銀行口座へ振り込みます。

受付から振込みまでに2ヶ月程度かかることをご了承ください。

【問い合わせ】 生駒市健康課

〒630-0258

生駒市東新町1番3号（セラビーいこま内）

電話番号 0743-75-2255