

年 月 日

香美町長 様

申請者 住 所

氏 名

受診者との続柄 ()

電話番号 () -

電子メール

子宮頸がん検診費用請求書 (償還払い)

子宮頸がん検診を受けましたので、下記のとおり受診費用を請求します。

記

請求額		円		
受診者名	住 所	香美町 区		
	(フリガナ)		生年	年 月 日
	氏 名		月 日	
実施医療機関				
検診日		年 月 日		

※請求額は、検診に係る費用のみで、保険診療分は含みません。

(添付書類)

医療機関が発行する領収書の写し

子宮頸がん検診を受けたことを証明する書類 (検診結果表の写し)

次の金融機関に振込みをしてください。 金融機関名	銀行 ・ 信用 (金庫・組合) ・ 農協		
本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所 ・ 支所		
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			