

乳がん検診費用請求書（償還払い者用）

金 円

但し、乳がん検診受診に要した費用

申請者（受診者）の住所（〒 — ）

奈良県天理市

フリガナ
氏名

印

電話 ()

I. ① 【領収書と無料クーポン券が両方ある方】

乳がん検診を受診しました。その自己負担金について払い戻しを受けたいので、領収書を添えて申請します。

② 【領収書のない方】（枠内、記入不要）

受診年月日 令和 年 月 日
医療機関名
所在地

上記、乳がん検診を受診したことを確認しました。

天理市健康推進課（内線 7 7 7）

II. 無料クーポン券を ①持っている ②持っていない

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

天 理 市 長 様

支払機関名			預金種別				口座番号						
銀行 農協 信金	支店		普通（総合）・当座										
	店番		カナ （必ず記入）										
				口座名義人									
ゆうちょ銀行	通帳記号（ ）通帳番号（ ）												