

別記様式（第4条関係）

羽曳野市検診費用助成事業申請書兼請求書

羽曳野市長 様

下記のとおり保険診療外として受診した検査費用の助成を受けたいので申請及び請求します。
各検査ごとに定められた助成回数をこえた場合は直ちに返還します。

申請日	年	月	日
申請者	住所		
	氏名		印
	続柄	電話	

受診者	住所										
	フリガナ 氏名								男・女		
	電話番号			生年月日	年		月	日			
振込先金融機関			銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所						
	普通・当座・貯蓄		口座番号								
	口座名義人		(カタカナで記入)								

この二重線枠内については、医療機関で記入してください。

＜医療機関記入欄＞		
検査項目	受診日	領収額
胃内視鏡検査（胃カメラ）	年 月 日	円
脳MRI検査・脳MRA検査	年 月 日	円
PSA検査（前立腺がん検査）	年 月 日	円
ピロリ菌検査・ABC検査	年 月 日	円
マンモグラフィ（乳がん検査）	年 月 日	円
乳房エコー（乳がん検査）	年 月 日	円
合計	円	
上記検査を保険診療外で実施し、上記金額を領収したことを証明します。 証明年月日 年 月 日		
所在地	〒	
医療機関名		
代表者名	印	
TEL	() -	

※以下は、記入しないで下さい。

助成決定額	円	受付番号	
		受付日	年 月 日
		受付担当者	