

藤沢市検診自己負担金還付申請書

年 月 日											
藤 沢 市 長											
住 所											
申請者 氏 名 印											
電話番号											
藤沢市の検診自己負担金の還付を申請します。											
フリガナ											
氏 名											
生 年 月 日		明治 昭和		年		月		日生			
住 所		藤沢市									
申 請 区 分						受診医療機関名					
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 2,000円											
<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ検診(2方向) 3,000円											
申 請 金 額		円									
振込先	金融機関名		銀行		金庫		店名		本店		
			農協				支店				
							出張所				
口座番号								店番号			
預金種別		普通 当座 その他		フリガナ							
				口座名義人							
添付書類		<input type="checkbox"/> 無料クーポン券 <input type="checkbox"/> 領収書写し <input type="checkbox"/> 検診票写し									