

川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額助成申請書

【記入例】

第3号様式

川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額助成申請書

【記入した日】 令和 3 年 10 月 8 日

関係書類を添え、次のとおり、受診者自己負担額の助成を申請します。

申請者のお名前	(フリガナ) カワサキ マルコ 川崎 ○子
申請者の生年月日	昭和・平成 55 年 5 月 8 日生 (41 歳)
申請者の御住所	〒210-8577 川崎市川崎区 宮本町1
電話番号(携帯番号可)	044(200)2111
受診券番号(クーポン券から転記)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
申請額	<input type="checkbox"/> 1,000円(子宮頸がん検診) <input checked="" type="checkbox"/> 1,000円(乳がん検診)

送付された無料クーポン券の番号を記入します。

該当する欄にチェックを入れてください。

- 1 受診されたがん検診について、御記入ください。
また、医療機関から受け取ったがん検診の結果票の写しを添付してください。
ただし、紛失された場合には、川崎市が実施するがん検診を受診したことが分かる領収書の写しをこの申請書に添付してください。(裏面を御覧ください)

	検診を受診した日	受診した医療機関の名称
子宮頸がん検診	令和 年 月 日	
乳がん検診	令和 3 年 5 月 7 日	□□病院

該当する欄に記入してください。

- 2 振込先口座を御記入ください。
① 受診された方御本人様の口座に限ります。
② 振込先は1ヶ所のみ指定できます。
③ 金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に御記入ください。

金融機関	金融機関名		支店名	種別	口座名義人(カナ)					
	川崎	銀行 信用組合 農業協同組合	川崎	本店支所出張所	普通	(カワサキ マルコ) 川崎 ○子				
金融機関	金融機関コード		支店コード	種類	口座番号(右づめで記入)					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6

受診された方御本人様名義の口座に限ります。

※金融機関コードについては、統合後のコードを記入してください。

ゆうちょ銀行	金融機関コード	支店コード	種類	口座番号(右づめで記入)	口座名義人(カナ)	
	9	9	0	0	普通	()

※ゆうちょ銀行を指定された場合は、他の金融機関からの振込用口座を御記入ください。振込用口座が分からない場合は、お近くのゆうちょ銀行にお問合せください。

- 3 裏面に、振込口座証明書類(写し)、無料クーポン券(右側の半券)を貼付(のり付け)してください。
※これらの貼付がされていない場合は、助成の手続きができませんので、必ず貼付してください。
なお、受診された医療機関に受診日等申請書内容の照会をすることがあります。