

様式第4号（第8条関係）

特定健康診査受診料免除申請書兼還付請求書

年 月 日

米原市長 様

住所 米原市

氏名

印

電話

米原市特定健康診査受診料徴収規則第8条の規定により、特定健康診査受診料を免除を  
されたく申請（請求）します。

①保険証記号番号等	記号	番号		
②氏名				
③性別				
④生年月日	年	月 日生		
⑤助成対象者該当事由 <input type="checkbox"/> 第1号該当（当該年度内に70歳以上に達するもので市民税非課税世帯に属する者） <input type="checkbox"/> 第2号該当（当該年度内に75歳に達する者） <input type="checkbox"/> 第3号該当（母子世帯等で市民税非課税世帯に属する者） <input type="checkbox"/> 第4号該当（市民税非課税世帯に属する障がい者）				
⑥自己負担金額	円			
⑦受診場所				
⑧受診日	年	月 日		
⑨追加検査項目の有無	有 ・ 無			
⑩振込先 金融機関	銀行 金庫 農協	普通・当 座	口座番号	
	支店 出張所 代理店	フリガナ 名義人		

※受診した特定健康診査の領収書（写）を必ず添付してください。

様式第1号（第5条関係）

健康診査等受診料還付請求書

年 月 日

米原市長 様

住所 米原市

氏名

印

電話

下記の事由に該当するため、米原市健康診査等受診料徴収規則第5条第2項の規定により、受診料の還付を請求します。

なお、当該請求の審査に際し、私および私の属する世帯全員の市民税の課税状況を関係職員が照会し、確認することに同意します。

記

1 該当事由（該当する事由にレ印を付けてください。）

- 後期高齢者（第6条第1号）
- 当該年度内に75歳に到達する者（第6条第2号）
- 生活保護世帯に属する者（第6条第3号）
- 市町村民税非課税世帯に属する者で、当該年度内に70歳から74歳に達する者（第6条第4号）
- 市町村民税非課税世帯に属する者で、母子世帯等に属する者（第6条第5号）
- 市町村民税非課税世帯に属する障がい者（第6条第6号）
- その他

( )

2 還付請求額 \_\_\_\_\_ 円

3 還付金振込先

金融機関名	
支店名	
種別	普通・当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

様式第7号（第8条関係）

がん検診償還払申請書兼請求書

年 月 日

米原市長 様

住所 米原市

氏名 ⑩

電話番号

下記のとおり、米原市がん検診推進事業実施要綱第8条に基づき、既に納付した受診料の償還を関係書類を添えて申請（請求）します。

記

申請額等	検診種別	受診日	申請額	実施機関名	実施機関所在地		
	子宮頸がん <sup>けい</sup>	年 月 日	円				
	乳がん	年 月 日	円				
	合計		円				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所 代理店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号						口座番号は 左詰め記入
	(フリガナ)						
	口座名義人						

※振込先の口座名義を申請者本人以外の者とする場合は、以下の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る償還金の受領を以下の者に委任します。	
(住所) _____	(氏名) _____
年 月 日	申請者氏名 ⑩

- 添付書類 1 がん検診無料クーポン券（子宮頸がん検診・乳がん検診）  
2 領収書（受診日、検診費用、実施機関を確認できるもの）