

受診料償還払請求書

年 月 日

高取町長 様

申請者 住所：
氏名： (印) (受診者との続柄： )
電話番号：

※申請者が受診者本人の場合は、下記受診者欄省略可

住 所 高取町大字
受診者 氏 名：
電話番号：

高取町がん検診実施要綱第13条第1項により、下記のとおり請求します。
なお、支払い金額については次の口座に振り込んでください。

請 求 金 額 ：
ただし、 年 月分

受診医療機関：

Table with columns for bank/credit union, branch, and account number, and rows for account type and account holder name.

※同一世帯員以外の方の口座に振り込みを希望される場合は、下記の委任状が必要です。
※請求できるのは、受診された年度の末日までです。

代理受領委任状

年 月 日

高取町長 様

私、(受診者名 )は、受診料償還払いについて下記代理受領者に委任します。

受診者 住所：高取町大字
氏名(自署)：

代理受領者 住所：
氏名(自署)： (続柄 )