

決 裁	課 長	担 当	資格区分	1	2	家
			費 用 額	円		
	年 月 日決定		支 給 額	円		

乳房エコー検診助成費支給申請書

様式第41号

受 け た 検 診 者	被 保 険 者 証	記 号	8 6 -	番 号	
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日生
乳房エコー検診を受けた医療機関名等 (自己の所属医療機関等を除く)		名 称			
		所在地			
検 診 を 受 け た 日		平成・令和	年	月	日
検診に要した費用の額		円			
<p>上記乳房エコー検診費用の助成について、別紙領収書を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>※ 組合員 氏 名</p> <p>電 話 () 番</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

(注)

1. 乳房エコー検診を受ける医療機関は、自己の所属する医療機関ではないこと。
2. この申請書の提出には、当該医療機関が発行する受診者名・乳房エコー検診の記載がある「領収書」が必要です。
3. 受診後、1ヶ月以内にご請求ください。
4. 当組合の被保険者で、検診の日現在、30歳から49歳までの女性が対象となります。

送 金 指 定 先	銀 行 名	銀行				支店・本店
	銀行コード				支店コード	
	口座種別	普通・当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					
委 任 状	<p>※組合員と口座名義人が、異なる場合のみ記入してください。</p> <p>乳房エコー検診助成費の受領を_____に委任します。</p> <p>住所(申請書に同じ)</p> <p>氏名_____ (印)</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

処 理 欄	整 理 No.	処 理 簿

(執 行 印) (処 理 印) (受 付 印)

記入例

決 裁	課長	担当	資格区分	1	2	家
			費用額	円		
	年 月 日決定		支給額	円		

乳房エコー検診助成費支給申請書

様式第41号

受 け た 検 診 者	被保険者証	記号	86-001	番号	1234					
	フリガナ	イシ キョウコ								
	氏名	医師 京子								
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日生	満	〇〇歳		
乳房エコー検診を受けた医療機関名等 (自己の所属医療機関等を除く)		名称	〇〇クリニック			所在地	東京都中央区日本橋室町〇-〇-〇			
検診を受けた日		平成					令和	〇〇年	〇〇月	〇〇日
検診に要した費用の額		3,780 円								
上記乳房エコー検診費用の助成について、別紙領収書を添えて申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (記入日) 住所 東京都港区赤坂〇-〇-〇 (ご自宅) ※ 組合員 氏名 医師 京子 ※家族の方が受けられた場合も組合員のご署名です。 電話 03 (1234) 〇〇〇〇 番 東京都医師国民健康保険組合理事長殿										

重要です!

(注)

1. 当組合の被保険者で、検診の日現在、30歳から49歳までの女性が対象となります。
2. 受診後、1ヶ月以内にご請求ください。
3. この申請書の提出には、当該医療機関が発行する受診者名・乳房エコー検診の記載がある「領収書」が必要です。
4. 乳房エコー検診を受ける医療機関は、自己の所属する医療機関ではないこと。

この欄は、書類を申請された組合員の方と口座名義人が、異なる場合だけ、記入・押印してください。

送 金 指 定 先	銀行名	みずほ 銀行 日本橋 (支店) 本店									
	銀行コード	0	0	0	1	支店コード	0	3	8	/	/
	口座種別	(普通)・当座		口座番号		123〇〇〇〇					
	フリガナ	イシ キョウコ									
	口座名義人	医師 京子									
委任状	※組合員と口座名義人が、異なる場合のみ記入してください。 乳房エコー検診助成費の受領を_____に委任します。 住所(申請書に同じ) 氏名_____ (印) 東京都医師国民健康保険組合理事長殿										

処 理 欄	整理 No.	処理簿

(執行印) (処理印) (受付印)