

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

乳房エコー検診を受けた者	被保険者証	記号	86-	番号	
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和	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、又は期間		平成 年 月 日から 年 月 日まで			
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>平成 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. この申請書の提出には、当該医療機関は、自己の所属する医療機関ではないこと。
2. 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。
3. 受診後、1ヶ月以内にご請求下さい。
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。

「領収書」が必要です。

送 金 指定先	銀 行 名	銀行 支店・本店			
	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	受給資格
			有 無 月 日

(執 行 印) (処 理 印) (受 付 印)

記入例

決 裁	課長	担当	資格区分	1 種組合員	2 種組合員	家族
			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	62年2月24日	日生	満30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	東京クリニック		
		所在地	東京都中央区日本橋室町〇-〇-〇		
検診を受けた日、又は期間		平成	29年8月1日	から	年 月 日まで
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。					
平成 29年 8月 31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. 2. 3. 4.
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。
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。
受診後、1ヶ月以内にご請求下さい。

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			
	口座種別	(普通) ・ 当座	口座番号	12300000	
	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	受給資格
			有 無 月 日

(執行 印) (処理 印) (受付 印)