

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		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 style="text-align: center;">住所(申請書に同じ)</p> <p style="text-align: center;">氏名_____</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)