

決 裁	課長	担当	資格区分	1		配
			健診種類	MR I	MRA	その他
			費用額			
	年 月 日決定		支給額			

記入例

ご確認ください。
領収書は原本を添付してください。

脳血管健康診断助成費支給申請書

様式第41号-2

受 け た 者	被保険者証	記号	86-001	番号	1234
	フリガナ	イシ タロウ			
	氏名	医師 太郎			男・女
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生			満〇〇歳
脳血管健康診断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	〇〇〇クリニック		
		所在地	東京都千代田区〇〇〇 1-1-1		
検査を受けた日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
検査の種類		1. MR I 2. MRA 3. その他 ()			
検査に要した費用の額		31,500 円			
上記脳血管健康診断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 ← 記入日を記入してください。 住所 東京都中央区〇〇〇 1-1-1 ※組合員 氏名 医師 太郎 ← 配偶者の方が受けた場合も先生のご署名 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番 東京都医師国民健康保険組合理事長殿					

(注)
●●●●
健診の日現在、第1種組合員及び第1種組合員の40歳以上の配偶者(「家族」の被保険者証をお持ちの方)が対象となります。
受診後、1ヶ月以内にご請求ください。
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・脳血管検査の記載がある「領収書」が必要です。
脳血管健康診断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。

送 金 指 定 先	銀行名	〇〇〇 銀行 〇〇〇 本店			
	銀行コード	〇 〇 〇 〇	支店コード	〇 〇 〇	
	口座種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	イシ タロウ			
	口座名義人	医師 太郎			

※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。
脳血管健康診断助成費の受領を _____
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)
	この欄は、送金指定先が先生名義の口座ではない場合に、記入・押印してください。				