

決 裁	課長	担当	資格区分	第1種組合員	家族
			費用額	円	
	決定		支給額	円	

人間ドック等助成費支給申請書

受診された方	被保険者証	記号	86-	番号		枝番		
	氏名					性別	男・女	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	満歳	
受診した施設	医療機関等名称							
	所在地							
	受診年月日	令和	年	月	日			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード				がん 検 診 確 認 欄	今回受診した「がん検診」に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 胃がん① (バリウム検査) <input type="checkbox"/> 胃がん② (内視鏡検査) <input type="checkbox"/> 肺がん① (胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 肺がん② (胸部レントゲン及び喀痰細胞診) <input type="checkbox"/> 大腸がん (検便検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (子宮頸部細胞診) <input type="checkbox"/> 乳がん (マンモグラフィー(乳房X線検査))
	支店名	本店 支店	支店コード					
	預金種別	口座番号						
	普通・当座							
	フリガナ							
	口座名							
委 任 状	組合員と口座名が異なる場合のみ記入してください。							
	人間ドック等助成費の受領を _____ に委任します。							
	住所 (上記申請に同じ) 氏名 _____ 東京都医師国民健康保険組合理事長殿							

注意事項

● ● ● ● ●
 この申請は年度内一回に限りです。(最終提出期限は翌年度7月末日必着)
 この申請をされた方は、特定健診受診券で受診することは出来ません。
 助成金の日現在、第1種組合員及び第1種組合員と第3種組合員の家族の被保険者証をお持ちの方が対象です。
 年度内40歳以上の方は、特定健康診査項目の結果通知票及び健康診査問診票を必ず添付してください。

処理欄	整理No.	処理簿	執行日	処理日	受付日