

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	86-100	番号	1000	枝番	00					
	氏名	医師 健康				性別	男・女					
	生年月日	昭和	00	年	00	月	00	日	年齢	満	00	歳
受診した施設	医療機関等名称	〇〇健診クリニック										
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇										
	受診年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日										
振 込 先	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード			〇〇〇〇					
	支店名	〇〇〇	本店 支店	支店コード			〇〇〇					
	預金種別	口座番号										
	普通・当座	〇〇〇〇〇〇〇〇										
	フリガナ	イシ タケヤス										
	口座名	医師 健康										
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 checked="" type="checkbox"/> 胃がん② (内視鏡検査) <input checked="" 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 checked="" 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))												
上記のとおり人間ドック等費用の助成について、領収書を添えて申請いたします。 令和 〇年〇〇月〇〇日 住所 東京都〇〇区〇〇1-1-1 組合員 氏名 医師 健康 (医師) TEL 03-3270-0000 東京都医師国民健康保険組合理事長殿												
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ます。(最終提出期限翌年度7月末日必着)
 ●健康診の日現在、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。
 ●助成金の限度額は3万円です。
 ●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。
 ●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。

家族の方が受けた場合も先生のご署名

執行日 _____ 処理日 _____ 受付日 _____

処理欄	整理No.	処理簿

この欄は、振込先が先生名義の口座でない場合に、記入してください。