

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		

乳がん検診助成費支給申請書

様式第41号

乳がん検診を受けた者	被 保 険 者	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 がん 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 style="text-align: center;">上記乳がん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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>※ 組合員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 () 番</p> <p style="text-align: center;">東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

(注)

● ● ● ●

この申請は年度内1回に限ります。(最終提出期限翌年度7月末日必着)
 検診の日現在、当組合の被保険者である女性を対象です。
 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・乳がん検診等の記載がある「領収書」が必要です。
 乳がん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。

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>乳がん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 style="text-align: center;">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)