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			

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。

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	８６－ 001	番号	1234
	フリガナ	イシ　ハナコ			
	氏名	医師　花子			
	生年月日	(昭和)・平成　〇〇年　〇〇月　〇〇日生			満〇〇歳
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	〇〇〇クリニック		
		所在地	東京都千代田区〇〇〇　1-1-1		
検診を受けた日		令和　〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日			
検診に要した費用の額		3,780　円			

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。

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　花子 ← 家族の方が受けられた場合も組合員のご署名です。

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

送金指定先	銀行名	〇〇〇　銀行　〇〇〇　(支店)・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　ハナコ								
	口座名義人	医師　花子								

委任状	※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。 乳がん検診助成費の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 住所(申請書に同じ) 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 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、書類を申請された組合員の方と口座名義人が、異なる場合だけ、記入してください。

（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が対象です。
- 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。