

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

脳血管健康診断助成費支給申請書

様式第41号-2

脳血管健康診断を受けた者	被保険者	記号	86-	番号		
	フリガナ					
	氏名					男・女
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	満 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				
		所在地				
検査を受けた日		令和 年 月 日				
検査の種類		1. MRI 2. MRA 3. その他 ()				
検査に要した費用の額		円				
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>※組合員 氏名</p> <p>電話 () 番</p> <p>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、(最終提出期限翌年度7月末日必着) 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」の資格を有する方)が対象となります。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・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	銀行				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>脳血管健康診断助成費の受領を_____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>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)