記入例

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		

ご確認ください。
領収書は原本を添付してください。

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	86－001	番号	1234
	フリガナ	イシ　タロウ			
	氏名	医師　太郎			(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	○○○クリニック			
	所在地	東京都千代田区○○○　1-1-1			
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	31,500 円				

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。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ← 記入日を記入してください。

※組合員
住所 東京都中央区○○○　1-1-1
氏名 医師　太郎 ← 配偶者の方が受けた場合も先生のご署名
電話 03（○○○○）○○○○ 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	○○○ 銀行　○○○ 本(支)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	イシ　タロウ								
	口座名義人	医師　太郎								

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。

脳血管健康診断助成費の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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

この欄は、送金指定先が先生名義の口座ではない場合に、記入してください。

執行印　処理印　受付印

（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）
●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。