様式第42号

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	記号	８６－	番号		枝番	
	氏　　名				性 別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和 平成	年　　月　　日		年 齢	満　　歳	
受診した施設	医療機関等名称						
	所　在　地						
	受診年月日	令和　　年　　月　　日					

振込先	金融機関名	銀　行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	
	支店名	本店 支店	支店コード	
	預金種別	口座番号		
	普通 ・ 当座			
	フリガナ			
	口座名			

がん検診確認欄

今回受診した「がん検診」に☑を付けてください。

- ☐ 胃がん①（バリウム検査）
- ☐ 胃がん②（内視鏡検査）
- ☐ 肺がん①（胸部レントゲン）
- ☐ 肺がん②（胸部レントゲン及び喀痰細胞診）
- ☐ 大腸がん（検便検査）
- ☐ 子宮頸がん（子宮頸部細胞診）
- ☐ 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　　年　　月　　日

組合員（医師）　住　所

氏　名

ＴＥＬ

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１回に限ります。（最終提出期限＝翌年度７月末日必着）
- **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。**
- 健診の日現在、第１種組合員及び第１種組合員と第３種組合員の家族の資格をお持ちの方が対象です。
- 助成金の限度額は３万円です。
- **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。**

処理欄	整理No.	処理簿

執行日　　処理日　　受付日