記入例

決	課長	担当	資格区分	第1種組合員	家族
裁			費用額		円
		決定	支 給 額		円

## 人間ドック等助成費支給申請書

れた方 生年月日   昭和	受	被保険者	記号	86-100	番号	10	0 0	枝番	0 0	注意事
大き   であり   であ		氏 名		医師	健康		性別	男	· 女	度成診
大き   であり   であ		生年月日	$\sim$		)  月(	OO 1	年 齢	満〇	〇 歳	<b>40</b> の限度 <b>歳以</b> 度
した 施設	受診	医療機関等名称 〇〇健診クリニッ			7					<b>の</b> 版
<ul> <li>設</li></ul>	た	所 在 地	東京	東京都〇〇区〇〇町0-0-0					万種	
<ul> <li>機関名</li> <li>「信用金庫 (信用組合 の の の の の の の の の の の の の の の の の の の</li></ul>		受診年月日	令和(	〇〇年〇〇月〇						定で合
振 支店名 OOO			信用金庫信用組合	0 0 0 0	< <i>†</i> :	<b>さい。</b> 胃がん①	(バリウム	検査)	を付けて	<b>査項</b> 明
<ul> <li>五額種別 口座番号</li></ul>		支店名	$\sim$	支店 0 0 0				<b>結</b> 組		
□座名 医師 健康 □乳かん (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     住 所 東京都○○区○○1−1−1 組合員 (医師) 氏 名 医師 健康 家族の方が受けた場合も先生のご署名     TEL 03-3270-0000 東京都医師国民健康保険組合理事長殿     組合員と□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。 任 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     で変任します。										通冒
□座名 医師 健康 □乳かん (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     住 所 東京都○○区○○1−1−1 組合員 (医師) 氏 名 医師 健康 家族の方が受けた場合も先生のご署名     TEL 03-3270-0000 東京都医師国民健康保険組合理事長殿     組合員と□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。 任 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     で変任します。	, ,				- 欄 ☑ 大腸がん (検便検査)					<b>売</b> 第 3
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 〇年〇〇月〇〇日		口座名	<b>医師 健康</b>			_ □ 乳がん				康組 合
TEL 03-3270-0000 東京都医師国民健康保険組合理事長殿  組合員と口座名が異なる場合のみ記入してください。  委 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	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。									
東京都医師国民健康保険組合理事長殿  組合員と口座名が異なる場合のみ記入してください。  委 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										
<ul> <li>組合員と口座名が異なる場合のみ記入してください。</li> <li>大においっク等助成費の受領を に委任します。</li> <li>大においる に委任します。</li> <li>大においる が対象で</li> <li>大におります。</li> <li>大に表任します。</li> <li>大におります。</li> <li>大に表任します。</li> <li>大に表します。</li> <li>大に表します。</li> <li>大に表します。</li> <li>大に表しまする。</li> <li>大に表しまする。<td>東東</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>付を</td></li></ul>	東東									付を
任     住所 (上記申請に同じ)       氏名	<b>=</b>	組合員と口座名が異なる場合のみ記入してください。								
大       大       A       対         東京教医師国民健康保険組合理事長殿       で								L) A		
・				上記申請に同じ)						。 が 対
	状	東京都医師国民		合理事長殿						で

LENの最大との の成金の限度額というの申請をされる。 この申請をされる。 ト り額、た度 うは第**方**内 3 | は | 万 種 **特定健康诊査員**の カ円です。 種組合員及び第一種組合員及び第一種に限ります。 しでへ 組合員と第3種砂することは出来終提出期限=羽 種来翌 組ま年 合せ度 員~7 の 家 族 の 資 格 を お 持 ち の 方 が 対 象 で す

月 末

日 必

着

<i>Б</i> П.	整理No.	処理簿
理欄		

執行日

処理日

受付日

この欄は、振込先が先生名義の口座でない場合に、 記入してください。