

決定決裁年月日	令和 年 月 日	決定伺起案	令和 年 月 日	年 月 日			
費用額	円	副理事長	常務理事	事務局長	主任	係	
支給決定額	円					支部長	係

国民健康保険保健事業負担金交付申請書

※検査結果の写し、領収書を添付して下さい。

支 部	① 被保険者証 の記号番号	② 検査を受けた者の 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日
③検査の種類 (どちらかに○をつける)		A) 人間ドック	B) 脳ドック
④検査を受けた病院・ 診療所等の名称		名 称	
⑤検査を受けた期日		A) 令和 年 月 日	B) 令和 年 月 日
⑥ ⑤の期日の検査に対し 病院等で支払った額			円
⑦ 備 考			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 () 局 番</p> <p>三重県建設国民健康保険組合理事長 殿</p>			

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確・郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()