

(21)

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	支部長	係
支給決定額	円							

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	02	① 被保険者証の記号番号	123456	② 検査を受けた者の氏名・生年月日	建労 太郎 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 <input checked="" type="radio"/> B) 脳ドック					
	④検査を受けた病院・診療所等の名称		名 称	四日市羽津医療センター				
	⑤検査を受けた期日		A) 令和 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 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		33,000 円					
	⑦ 備考		領収書の全額					
	上記のとおり申請します。							
	令和 ●年 ●●月 ●●日							

組合員住所 **四日市市ときわ5-1-8**

氏名 **建労 太郎**

電話番号 (059) 354 局 1531番

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿

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 ()