

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
支給決定額	円	主任	係	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	02	① 被保険者証 の記号番号	1 2 3 4 5 6	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      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      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 ( 0 5 9 ) 3 5 4 局 1 5 3 1 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 ( )