決定決裁年月日	令和　年　月　日	決定伺起案　令和　年　月　日				
		副理事長	常務理事	事務局長	主　任	係
費　用　額	円					
支給決定額	円					

年　月　日	
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	久　居	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					

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

組合員　住　所

氏　名

電話番号　（　　）　　局　　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（　　）

R4.4