

決定決裁年月日	平成 年 月 日	決定伺起案 平成 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							

21

### 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) 平成 年 月 日      B) 平成 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。

平成 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

電話番号 (            ) 局

⑩

番

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿