

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							

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	四日市	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 芳 太 郎 昭・平 2 年 3 月 4 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 2 年 9 月 7 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 2 年 10 月 1 日

組合員 住 所 四日市市ときわ5丁目1番8号

氏 名 建 芳 太 郎  印

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