

受付印

理事長	常務理事	事務長	係

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

人間ドック負担金支給申請書

被保険者の記号・番号		群医 ー ー	
被保険者の氏名		申請者との続柄	
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
検診を受けた病院等の名称及び所在地	名 称		
	所 在 地		
検 診 期 間	令和 年 月 日から (泊 日) 令和 年 月 日まで		
病 院 等 に 支 払 っ た 額	円	検 査 結 果 (総合判定)	健康 ・ 要精検 ・ 要加療
振 込 先 銀 行 名	金融機関コード () 銀行 支店コード () 店	普通 ・ 当座 No.	名義人 (フリガナ)
上記のとおり人間ドックに関する領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日 組 合 員 住所 又は 従業員組合員 氏名 群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			