

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

被保険者証の記号・番号		群 医 — —			
被 保 険 者 氏 名				続柄	
生 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
検診を受けた 病医院の名称 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	銀 行	普 通 ・ 当 座	名義人 (フリガナ)		
	店	No.			

上記のとおり人間ドックに関する別紙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