

# 【記入例】

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 1 - 5010 - 20		
被 保 険 者 氏 名	組合 太郎	続柄	従業員 本人
生 年 月 日	昭和 平成 47年 5月 1日		
検診を受けた 病医院の名称 及び所在地	名 称	〇〇病院	
	所 在 地	前橋市△〇町三丁目6-1	
検 診 期 間	令和 3年 4月 1日から ( 泊 1日 ) 令和 3年 4月 1日まで		
病 院 等 に 支 払 っ た 額	40,000 円	検 査 結 果 (総合判定)	健康 要精検・要加療
振 込 先 銀 行 名	医師国保 銀行 本 店	普通・当座 No. 1234567	名義人(フリガナ) クミアイ タロウ 組合 太郎

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 3年 4月 ●日

自宅

組 合 員 住 所 高崎市〇〇町二丁目3-10  
又 は  
従業員組合員 氏 名 組合 太郎

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿