

承認 決議 欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	次長	係長	担当

個人健康診断料支給申請書

被保険者証 記号・番号		受診者 氏名	
第1種組合員 との続柄		生年月日	明・大・昭 年 月 日
受診年月日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
受診医療機関名	所在地		
	名称		
申請金額	円	※支給決定 金額	円
振込先希望銀行	銀行	支店	口座番号
			普・当 No.
(フリガナ) 口座名義			
<p>健康診断に係わる領収書および検査表（写）を添付し、上記の通り申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(〒 -)</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 連絡先 ☎ - -</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様</p>			