

## 前立腺がん検査補助金申請書

### 1 被保険者(本人)

健康保険等	記号		番号		所 属	
フリガナ 名 前					社内メールの あて先	
生年月日	(和暦)	年	月	日	日中に連絡できる 電話番号(携帯可)	
住 所	〒 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>					

### 2 受診内容

医療機関名						
検 査 内 容	対象年齢	受診年月日	支 払 額 (右詰め)			
前立腺がん	PSA (血液検査)	50歳以上	年	月	日	

### 3 振込み先

フリガナ						
口座名義人						
金融機関区分	民間金融機関 (ゆうちょ銀行以外)			株式会社ゆうちょ銀行		
金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	ゆうちょ銀行			
	<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 信組				
本・支店名	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 店		
店番号						
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 貯蓄		
口座番号 (右詰め)						

★この申請書と一緒に領収証(書)の原本と検査結果の写し(コピー)を当組合へ送ってください。  
注: 送付いただいた書類はご返却いたしかねます。あらかじめご了承ください。

・申請方法については別紙をご参照ください。

【送付および問い合わせ先】  
〒135-0061 東京都江東区豊洲3-1-1豊洲IHIビル  
IHIグループ健康保険組合 健康推進グループ  
TEL 03-6204-8401