

前立腺がん検査補助金申請書

1 被保険者(本人)

保 険 証	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