

## 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	1	番号	2 3 4 5 6	所 属	I H I			
フリガナ	ケンポ イチロウ				社内メールの あて先	本 総務			
名 前	健保 一郎								
生年月日	(和暦)	39	年	10	月	10	日	日中に連絡できる 電話番号(携帯可)	0 9 0 - 9 9 9 9 - 8 8 8 8
住 所	〒 <input style="width: 40px;" type="text" value="135"/> - <input style="width: 40px;" type="text" value="0061"/> 東京都江東区豊洲3-1-1								

### 2 受診内容

医療機関名	〇〇クリニック											
検 査 内 容	対象年齢	受診年月日			支 払 額 (右詰め)							
前立腺がん	P S A (血液検査)	5 0 歳以上	29	年	5	月	5	日	5	0	0	0

### 3 振込み先

フリガナ	ケンポ イチロウ												
口座名義人	健保 一郎												
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	三菱東京UFJ	<input checked="" 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	豊洲	<input checked="" type="checkbox"/>	本店	<input type="checkbox"/>	支店	<input type="checkbox"/>	本店	<input type="checkbox"/>	店				
店番号	0	0	0										
預金種別	<input checked="" 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)	1	2	3	4	5	6	7						

★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