

## 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	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	〒 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">135</span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0061</span> 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	PSA (血液検査)	50	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 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組					ゆうちょ銀行					
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