領収書の返戻依頼書（その他）

令和　　年　　月　　日提出

全国土木建築国民健康保険組合　理事長　様

記　号 番　号	71　－　　－	組合員 氏　名	
連 絡 先 電話番号	（平日の日中連絡の取れる 電話番号を記入してください。）		

〇依頼対象者

氏　名	
返戻先 住　所	〒　　－

〇依頼理由等（該当する数字に〇印及び必要事項を記入してください。）

	1　勤務先あて補助申請をするため
	2　医療費控除の申告のため
	3　その他　（　　）

〇返戻依頼領収書（該当する数字に〇印及び１～５に該当がない場合は６に記載ください）

	1　子宮頸がん検診		2　乳がん検診		3　胃内視鏡健診
	4　人間ドック		5　生活習慣病検診		6　（　　）

【注意事項】

・インフルエンザ予防接種の領収書の返戻を依頼される方は、「インフルエンザ予防接種に係る領収書の返戻依頼書」に記載をお願いいたします。

・依頼理由により返却できない場合がありますのでご了承ください。