

人間ドック補助金請求書

請求金額 円 _____

人間ドックを受診した医療機関	
名称	
所在地	(〒 -)
T E L	
健診実施日	平成 年 月 日

上記の医療機関で人間ドック健康診断を実施しましたので、診断結果及び領収証を添付のうえ補助金を請求致します。

平成 年 月 日

請求者

保険証記号・番号 _____

カタカナ氏名 _____ (印) 年齢(歳)

所属事業所 _____

払込先
_____銀行_____支店
口座番号(普通) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 番

渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿

※補助金は、健保契約(88機関)外病院で受診した場合に請求のこと

※請求上限金額:15,000円

(平成29年度、付加金の健保費用補助は、廃止となった)

※請求期限は平成29年10月末まで(期限後の請求の場合は事前に健保へ連絡)

※ゆうちょ銀行の支店は漢数字で記入のこと(例:0七四)