

# 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	(〒 - )
TEL	
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(69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

※請求期限は平成30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)