

No.

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	照合印
支払年月日	令和 年 月 日					
支払額	¥ 4,000.00	摘要	取得	昭・平・令 年 月 日		
決定額	¥ 4,000.00		喪失	令和 年 月 日		
人間ドック補助金額	¥ 4,000.00		備考			
受診日	令和 年 月 日					

退職前
中高年
若年者

人間ドック補助金請求書 (4,000円のみ)

令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号と番号	記号	番号	被保険者氏名	内線
被保険者の現住所	〒			
所属名称	部		課 (グループ)	
人間ドックを受けた病院・診療所等の	名称			
	所在地			
受診日	令和 年 月 日 ()			
振込希望の銀行	_____銀行_____支店 (普通・当座) 第_____号 (名義人_____) ※ゆうちょ銀行以外の金融機関をご指定ください。			
備考				

受付印