

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													
決 定 額	人 間 ド ッ ク 補 助 金 額				摘 要	資 格	取 得	昭・平・令 年 月 日					
						喪 失	令 和 年 月 日						
受 診 日		令 和 年 月 日											

人間ドック補助金請求書（契約外用）

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（ ）						
総 費 用		円						
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