

支給 決議 書	伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	課長	課員	
	決定年月日	令和	年	月	日	※健保組合使用欄				
	支給額		実施者数		内 訳				備 考	
	¥			単 価	実施者数					
				¥	×	名				
				¥	×	名				
				¥	×	名				
				¥	×	名				
				¥	×	名				
				¥	×	名				

健康診査 ・ 補助金支給申請書(当組合指定医療機関外)

健康診査受診日	自	年	月	日	実施者数	合 計		名
	至	年	月	日		被 保 険 者	男 名	女 名
当組合指定医療機関外 実施医療機関名						被 扶 養 者	男 名	女 名
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>申 請 者 氏 名</p> <p>電 話 ()</p> <p>全日本理美容健康保険組合 殿</p>								
振込先金融機関	振込先銀行	銀行			支 店			
	口座番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人名							
◎ 指定口座には必ずフリガナをご記入ください。								

受 付 日 付 印

会 計 受 付 日 付 印

会 計 支 払 日 付 印

事業所番号

◎この申請書に記載されている個人情報
は支給決定にのみ利用し、
第三者には一切提供いたしません。

(注) 申請書は個人ごと(本人と家族は同一申請書可)に申請書を提出して下さい。
(注) 事業主に依頼して申請する場合は、申請者欄に事業所名・事業所所在地・事業主名を記入して下さい。
(注) 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらって下さい。
(注) 検査結果・領収書又は振込明細書の写しを必ず添付して下さい。

