

支給 決定 議 書	伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長				課員
	決定年月日	平成 年 月 日						
	支給額		実施者数		内 訳			備 考
	¥ _____		_____		単 価	実施者数		
				¥ _____	x _____	名		
				¥ _____	x _____	名		
				¥ _____	x _____	名		
				¥ _____	x _____	名		
				¥ _____	x _____	名		
				¥ _____	x _____	名		

健保組合使用欄

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 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	実施者数	合 計	名
当組合指定医療機関外 実施医療機関名		被保険者	男 名 女 名	名
		被扶養者	男 名 女 名	名
上記のとおり申請いたします。				
平成 年 月 日				
〒 _____				
住所 _____				
申請者 氏名 _____				
電話 _____ (_____)				
全日本理美容健康保険組合 殿				
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下さい。				

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等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。

お問合せ先

全日本理美容健康保険組合

電話 03-6661-6106

