

支給決議書	同年月日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄	常務理事	事務長		課員
	決定年月日	令和 年 月 日					
	支給額			実施者数	内 訳		備考
	¥			単 価	実施者数		
				¥ × 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	至 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
			被扶養者	男 名	女 名
上記のとおり申請いたします。 令和 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。

