

		補助金の額		被保険者 @ 円	被扶養者 @ 円
支払決定年月日		平成 年 月 日		検診年月日	
常務理事	事務長	課長	係	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日帰り・一泊	
			備考		

人間ドック利用補助金請求書

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

□□□-□□□□

事業主 住所

(被保険者) 氏名

㊞

神戸貿易健康保険組合理事長 様

健康保険被保険者証	記号	番号	利用者の区分	1. 被保険者 2. 被扶養者
被保険者(利用者)	氏名	利用者生年月日	昭和 年 月 日	
検診年月日	平成 年 月 日	1. 日帰り		
	平成 年 月 日	2. 1泊		
検診を実施した病院等	所在地			
	名称			
検診に要した費用				

委任状	委任事項	この補助金の受領方を住所氏名 平成 年 月 日 事業主 被保険者 ㊞ に委任します。
-----	------	--

領収書	金 円也正に領収しました。 平成 年 月 日 受領者 住所氏名 ㊞
-----	--

振込希望銀行	銀行	支店	種類	普通預金・当座預金
	口座番号		フリガナ	
			口座名義	

(注) 領収書(原本)及び健診結果(特定健診質問票含む)の写しを必ず添付してください。