

支払決定年月日		令和	年	月	日	支給金額計算欄			
常務理事	事務長	課長	係			人間ドック	=	円	円
						オプション 脳ドック	円	=	円
						CT検査	円	=	円
						支給決定額			

人間ドック利用補助金請求書(被保険者申請用)

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

□□□□-□□□□

住所

被保険者

氏名

神戸貿易健康保険組合理事長 様

健康保険者 被保険者	記号	番号	利用者の区分	1. 被保険者 2. 被扶養者
利用者	氏名	生年月日 年齢	昭和 平成	年 月 日 歳
受診年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	1. 1泊2日	2. 日帰り	オプション { ・脳ドック ・CT検査
人間ドックを受けた病院等	所在地			
	名称			
人間ドックに要した費用	合計			円

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

振込希望銀行	銀行	支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号		フリガナ	
			口座名義	

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