

				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			決定金額		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 1泊2日・半日・2時間
				備考		

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。

平成 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
利用者	氏名	生年月日 年齢	昭和 年 月 日	歳
検診年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日	1. 1泊2日	2. 半日	3. 2時間
検診を受けた 病院等	所在地 名称			
検診に要した費用	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。 平成 年 月 日 被保険者氏名 ㊞
-----	------	--

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	預金種別	普通 ・ 当座
	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。