

| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|------|-----|---|
| | | |

支給決定金額 _____ 円

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保健事業利用補助金請求書

内 訳： ・ 人間ドック利用 ・ 45歳時人間ドック利用
 ・ 再検査・精密検査 ・ はつらつ健診に準ずるフォロー健診
 (未受診者健診)

※上記どれか1つに○

立 替： ・ 個人 ・ 会社 ※どちらかに○

会社名(工場名) _____

被保険者証記号番号 _____

被保険者氏名 _____

利用者氏名 _____

生 年 月 日 S H R 年 月 日生

続 _____ 柄 _____

利 用 年 月 日 令 和 年 月 日

利 用 施 設 名 _____

上記により金 _____ 円を請求します。

レ ン ゴ ー 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

住 所

被保険者

氏 名

事業所名称

事業主氏名