|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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）

 被保険者等記号番号 　 －

 被 保 険 者 氏 名

 利 用 者 氏 名

 生 年 月 日 　　ＳＨＲ 　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 ― 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