

なとり健康保険組合 殿

検 診（婦人科）補 助 金 請 求 書

所 属 名			従業員コード	
保 険 証	記 号		番 号	
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号 ー 番 号			
被保険者氏名				
受診者氏名				
生 年 月 日	年 月 日			
受 診 年 月 日				
医 療 機 関 名				
検 査 料				
検診の種類				

上記の通り検診を受けましたので

補助金 ￥ を請求します。

20 年 月 日

被保険者名 印

給与振込先銀行口座番号を下記に記入してください。

銀行	支店	普通預金番号	
預金名義人		被保険者本人	

添付書類

1. 健診項目が記された領収書（受診者本人宛のもので、レシートやコピーは不可）