

なとり健康保険組合理事長 殿

胃部レントゲン補助金請求書

年 月 日

被保険者名	印	従業員 C D	
住 所	〒..... Tel.....		
所 属 部 署			
保険証 記号・番号	記 号	番 号	

医 療 機 関 名			
受診年月日	年 月 日	胃部レントゲン	¥

支 払 決 議 書

決定金額	¥	常務理事	事務長	係
備考				

受付

※領収書（原紙）はここに貼り付けてください。（レシートは不可）

--