

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事		事務局						備考							
	資格関係	取得	昭和・平成・令和		年	月	日									
		喪失	昭和・平成・令和		年	月	日									
	記号・番号			支給金額												

*この線より上は請求者において記入しないこと

本人 配偶者 人間ドック補助金支給申請書

記号・番号		-		事業所名称				社員番号				
利用年月日		令和		年		月		日				
医療機関名												
医療機関への支払額												円
利用者	氏名											
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日		年齢	
	続柄											
振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入		※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。										
		[銀行・信用金庫・農協]					[本店・支店・出張所]					
		(コード)		(コード)								
		貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					口座名義	※カタカナで記入		
				郵便番号	1			0	郵便番号	1		
帝人グループ健康保険組合理事長 殿		上記のとおり請求いたします。										
		令和		年		月		日				
被保険者		〒		-								
(請求者)		住所										
		氏名										
		TEL		-		-						

※医療機関の領収書(コピー可)を添付してください。(人間ドックと記載があるもの)