伺年月日　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
代筆・代理申請不可	□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

申請できる人は、30歳以上の被保険者及び30歳以上の被扶養者である配偶者

＊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

在籍事業所・社員番号を記入
任継者は記入不要

記号・番号	1234　－　1234567	事業所名称	帝人（株）	社員番号	12345

人間ドックを受けた日を記入

利用年月日	令和　5　年　4　月　5　日
医療機関名	帝人病院
医療機関への支払額	医療機関に支払った金額　58,000　円

人間ドックを受けた人の氏名・生年月日・続柄

利用者				
氏　名	帝人　花子			
生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和 53　年　2　月　1　日	年　齢	45	
続　柄	妻			

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は[illegible]要です。 帝人グループ健康保険組合の資格を喪失しているみ記入 本店・支店・出張所] （コード　　）　（コード　　）															
	貯金種別	□ 普通 □ 当座	口座番号								口座名義	※カタカナで記入				
			郵政番号	1				0	郵政番号							1

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　5　年　3　月　1　日

被保険者（請求者）

〒　791　－　8530

住　所　愛媛県松山市〇〇〇〇〇　　被保険者の住所・氏名

氏　名　帝人　太郎

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）