

人間ドック費用請求書

年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

連絡先電話番号 _____

次の通り人間ドック費用を立替払いいたしましたので、補助金の申請をいたします。

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------|---------|---|--|
| 受診者氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 受診年月日 | | 年 | 月 | 日 | |
| 受診医療機関 | | | | | |
| 指定振込先 (被保険者口座) | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | 金融機関コード | | |
| | 本店・支店 支所・出張所 | | 店番号 | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | |
| | 口座番号 | | | | |
| | 口座名義(カタカナ) | | | | |

【添付書類】 領収書(原本)

◎ 補助金支給額は、当健保組合必須検査項目の負担上限額(男性45,000円、女性50,000円)以内です。年度内1回の支給とします。

◎ この請求書に記載された内容は、補助金支給の目的以外には利用いたしません。

中央ラジオ・テレビ健康保険組合