支 払 決 定 伺					
伺 年 月 日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	担当	担当
支払年月日	令和　年　月　日				
支 給 額	円				

被保険(扶養)者　疾病予防補助金請求書

被保険者証番号	記号	番号	事業所名称		
受診した被保険者(家族)	氏 名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 (　　歳) 年　月　日	
受診した医療機関	名 称 所在地 TEL				
受診の内容	1. 人間ﾄﾞｯｸ　2. 生活習慣病健診　3. 家族健診(人間ﾄﾞｯｸ)　4. 特定健診 5. ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種　6. 婦人科健診				
受診した年月日	令和　年　月　日				
備 考					
振込先	銀行名	□ 銀 行 □ 信用金庫 □ 農 協	支店 (店番ｺｰﾄﾞ:　)		
	口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ	口座番号		
			区 分	□ 普通　□ 当座	

上記のとおり請求いたします。

令和　年　月　日

被保険者の住所　〒

氏　名　　㊞

連絡先

※領収書を必ず添付して下さい

注1)市光工業の被保険者からの請求については振込先の記入は不要です。(任意継続被保険者除く)

注2)契約健診機関以外にて、人間ﾄﾞｯｸ、生活習慣病健診、家族健診(人間ﾄﾞｯｸ)、特定健診を受診された場合は**問診表(写し)と検査結果表(写し)を、**婦人科健診を受診された場合は**検査結果表(写し)を必ず提出してください。**提出がない場合は補助対象外となります。