

支 払 決 定 伺					
同 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				

記入例

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 18	番号 9999	事業所名称	市光工業〇〇〇製造所			
受診した被保険者(家族)	氏 名	市光 花子		生年月日	大正 昭和 平成 令和 (50 歳) 49 年 4 月 1 日		
受診した医療機関	名 称 所在地 TEL	××病院 神奈川県伊勢原市〇〇番地 ××××-××-××××					
受診の内容	1. 人間ドック 2. 生活習慣病健診 ③ 家族健診(人間ドック) 4. 特定健診 5. インフルエンザ予防接種 6. 婦人科健診						
受診した年月日	令和 6 年 4 月 1 日						
備 考							
振込先	銀行名	横浜		☒ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 農 協	伊勢原 支店 (店番コード:)		
	口座名義	フリガナ イコウ カウ		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 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の住所 〒259-1129 神奈川県伊勢原市〇〇番地 氏 名 市光 太郎 ⑩ 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、人間ドック、生活習慣病健診、家族健診(人間ドック)、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。