

伺年月日	平成 年 月 日	支払内訳	常務理事	事務局長	課・補佐・係長	係
支払決議書						
支払額						

健康診査補助金請求書

当事業所の被保険者並びに被扶養者が下記の健康診査を実施したので、実施結果票及び領収書を添えて補助金を請求いたします。

東京都皮革産業健康保険組合 殿 平成 年 月 日

記

健康診査の種類	1、一般健康診査 2、生活習慣病健康診査 3、主婦健康診査 4、人間ドック (該当しているところに をつけてください。)	
実施医療機関	電話	
同所在地		
実施に要した費用	円	実施人数 人
実施年月日	平成 年 月 日	

* 勤務地は都道府県、市区町村をご記入下さい。例:東京都台東区

保険証記号	* 複数の方が受診した場合は備考に単価をご記入下さい					
保険証番号	氏名	性別	生年月日	年齢	勤務地	備考

* 記入欄が足りない場合は続紙にご記入下さい。

〒 _____
 事業所所在地
 事業所名
 事業主名
 電話 _____
 事務担当者名

 受付日付印

