

事業所人間ドック等利用補助金請求書

事業所名						
被 記 号	保 険 者 番 号	被 保 険 者 名	健 診 受 診 者 名	続 柄	健 診 の 区 別	健 診 費 用 総 額

上記のとおり健康診断を受診したので補助金を請求します。

年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 殿

事業所名

所在地

事業主名

振 込 先	金融機関名	銀行	支店
	フリガナ 口座名義人		
	口座番号	普通・当座 No.	

- ① 補助金を請求する場合は、健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。
- ② 健康診断の結果に別紙添付の特定健康診査標準的質問票がない場合別紙質問票を添付してください。

個人単位人間ドック等利用補助金請求書

健康保険被保険証の		
記号	番号	
事業所名		
被 保 険 者	氏名	
	住所	〒 Tel ()
受 診 者	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日生 歳
	続柄	備考
健 診 内 容	受診機関の名称	
	所在地	
	受診年月日	年 月 日受診
	健診の種別	人間ドック・生活習慣病・その他 ()
	健診費用	円
振 込 先	金融機関名	銀行 支店
	フリガナ 口座名義人	振込口座は必ず 被保険者名義で お願いします。
	口座番号	普通・貯蓄 No.

上記のとおり健康診断を受診したので補助金を請求します。

年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 殿

【注】

- ① 補助金を請求する場合は、健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。
- ② 健康診断の結果に別紙添付の特定健康診査標準的質問票がない場合別紙質問票を添付してください。