

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

常務理事	事務長	担当

支給決定内容	事業主負担分	健保負担分	利用者負担分	補助金支給額
	円	円	円	円

人間ドック補助金請求書

ニューオータニ健康保険組合 御中

〒 -

住所

被保険者

氏名 印

年 月 日 _____ にて

人間ドックを受診しましたので、下記のとおり請求いたします。

記

受診者氏名

支払額

円

* 被保険者の口座をご指定ください

(振込希望金融機関)

銀行

支店

口座番号 NO,

名義 (カタカナ)