

支 給 決 定 伺		支給決定	令和	年	月	日
支 給 額	5 款 1 項 4 目	円	常務理事	事務長		係
備 考						

健康診断費用補助請求書

◎請求上の注意
 一、領収証(原本)を申請書に添付して提出して下さい。
 二、健康診断費用補助は、結果票(コピー)を申請書に添付して提出して下さい。申請書は行いませんので、通帳等で入金の確認をして下さい。

被保険者証の 記号・番号		所属事業所 及び部署名				
Emp. No.		電話				
健診について	健診受診 医療機関名		健診受診日	令和	年	月 日
	健診内容	①日帰りドック+節目検査 (HBs抗原/HCV抗体) ②日帰りドック ③一般健診 ④胃ABC検診 ⑤その他オプション検査 (子宮がん検査、乳がん検査、他)				
	費用合計額	円				
申請理由						
被扶養者の 申請のとき	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
振込先 (被保険者名義)	銀行			支店	普通 当座	No.
	口座名義 (カナ)					
費用合計額が健保補助額を超えた場合、ポイント利用を希望しますか。				はい	いいえ	
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">住所 〒</div> 被保険者 電話 () <div style="text-align: center;">氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div> アクセンチュア健康保険組合理事長 殿						

受 付 日 付 印