

・ 人 間 ド ッ ク 補 助 金 請 求 書
・ 生活習慣病予防健診

※ 人間ドックと生活習慣病予防健診はそれぞれ別々にご請求ください。

※ 当年内(4月～12月末まで)に受診され、当年度内(翌年3月末まで)に組合へご請求いただいた場合のみ、補助金の対象になります。

請 求 金 額	円
---------	---

工場名・支社名	
---------	--

健 診 人 数	男	人	女	人	計	人
---------	---	---	---	---	---	---

フリガナ			
振込先金融機関名	1.銀 行 2.信用金庫 3.信用組合 4.農 協		1.本 店 2.支 店 3.出張所
口 座 種 類	1.普通 ・ 2.当座	口座番号	

フリガナ	
口 座 名 義	

上記の補助金を請求いたします。

令和 年 月 日

事 業 所 記 号

事 業 所 所 在 地

事 業 所 名

代 表 者 名

電 話 番 号

印

東京都金属プレス工業健康保険組合 殿