

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

各種補助金請求書（任意継続被保険者用）

金額					
----	--	--	--	--	--

月 日に実施した 名分の補助金を上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

東京アパレル健康保険組合理事長 殿

住 所

被保険者氏名

印

該当する健診を○で囲んでください

種 類	定期健診	生活習慣病予防健診	婦人生活習慣病予防健診	人間ドック				
実施年月日	令和 年 月 日	医療機関名称						
記 号	999	補助金の合計		円				
実施人員	男 名	女 名	計 名					
受 診 者	保険証 番号	氏名	性別	本人・家 族の別	生 年 月 日	受 診 日	健診に要した費用	備考
			男・女	本人・家族	・	・	補 助 金	
			男・女	本人・家族	・	・		

[添付書類]・領収書（原本） ・健診結果のコピー ・問診票（40歳以上のみ）

振 込 先	金融機関 コード		支店コード	
		銀行 金庫 組合 農協		本店 支店
	口座番号		口座種別	普通 当座 貯蓄
	フリガナ			
口座名義				

受付

- 注意事項 1. 郵便局への振込みは出来ません。
2. 口座名義には、必ずフリガナを記入してください。