

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 2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 東京都千代田区岩本町○ー○ー○

被保険者氏名 アパレル 太郎 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	9 9 9	補助金の合計	●●, ●●●円					
実施人員	男 1名	女 1名	計	2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
						受診都道府県	補 助 金	
	▲▲▲▲	アパレル 太郎	男	本人	S▲・▲・▲	R▲・▲・▲	●●, ●●●円	
			女	家族		□□□	●●, ●●●円	
	▲▲▲▲	アパレル 花子	男	本人	S▲・▲・▲	R▲・▲・▲	●●, ●●●円	
			女	家族		□□□	●●, ●●●円	

[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	アパレル タロウ							
口座名義		アパレル 太郎							

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。