

## 半日ドック実施補助金請求書

本請求書には必ず領収書・健診結果(コピー)を添えてください。

事業所名					
所在地					
医療機関名					
医療機関住所					
半日ドック実施補助金を請求し、下記の被委任者に受領委任します。					
被保険者証の記号					
被保険者証の番号	氏 名	印	被保険者証の番号	氏 名	印
合 計	名				

被 委 任 者			
振 込 銀 行	銀行名		支店名
			フリガナ
	普 ・ 当	口座 番号	名義人
			印