

*支給決議書	同年月日	平成 年 月 日	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係抜者	会計係
	補助金支給決定額		円						
	摘要								

婦人科検診補助金支給申請書

被保険者証の記号と番号	1355		被保険者の氏名と印	東貨 健一		年令
	987					40 才
被保険者の現住所	東京都新宿区四谷 3 - 2 1					
被保険者の勤務先	名称	株式会社		電話	03-3359-1234	
	所在地	東京都新宿区四谷 7 - 8 9				
被扶養者が検診したときはその者の	氏名	東貨 保子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和 48 年 9 月 20 日生 (37 才)				
診療を受けた医療機関	名称	総合病院		電話	03-3359-4321	
	所在地	東京都新宿区四谷 4 - 7 8				
検診年月日	平成 22 年 10 月 5 日					
前回受診	① 今回初めて ② 平成 21 年 9 月に受診					
検診に要した費用	金 7,000 円也					

(注) この申請書に所定の事項を記入し、検診に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上申請して下さい。
*印の欄は記入しないで下さい。

被保険者の口座に振込むとき	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください		被保険者以外の口座に振込むとき	委任状	
	銀行 四谷 支店 東貨 信金 当座(普通) (No. 1234567) フリガナ トウカ ケンイチ 口座名義 東貨 健一			私はこの補助金の受領を委任します。 平成 年 月 日 委任者 住所 氏名 (印) 受任者 住所 氏名 (印)	
		* 被保険者以外の口座に振込むときは右の欄にご記入ください		振込希望の金融機関	
				銀行 信金 支店 当座・普通 (No.) フリガナ 口座名義	