

[事業所払用]
胃内視鏡検査(胃カメラ)補助金支給申請書

保険証記号	1355	事業所名称	東京貨物運送(株)
事業所の所在地	〒 160 - 0004 東京都新宿区四谷1-23		
担当者氏名	東貨 元気	連絡先電話番号	03-3359-8162

受 診 者 名 簿

各個人の保険証番号を必ずご記入して下さい

保険証番号	氏名	保険証番号	氏名
1	貨物 熱男		
2	四谷 孝幸		
3	新宿 太郎		

※振込先は事業所の口座になります

補 助 金 振 込 先 銀 行 口 座			
○○○	銀行 信金	△△	支店
			当座 ・普通 (No. ×××××)
フリガナ	トウキョウカモツウンソウ(カ)		
口座名義	東京貨物運送(株)		

(注) ・所定の事項をもれなく記入し、検査に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上提出してください。