

脳MRI健診補助金支給申請書（脳MRI健診支援機構）

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 (任継は住所)	〒 160 — 0004 東京都新宿区四谷1-23		
担当者氏名 (任継は被保険者名)	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(任意継続被保険者は個人の口座になります)

補助金振込先銀行口座			
〇〇〇	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、脳MRI健診に要した費用の領収明細書・診断結果(どちらもコピー可)を添付の上提出してください。