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					
○○○	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書（コピー可）を添付の上提出してください。