

				常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	算出基礎		支 給 額	円			
	備 考						

人間ドック・脳ドック補助請求書

被保険者の記入する欄	被 保 険 者	記号		氏 名			
		番号					
	事業所の名称						
	受 診 者 氏 名			続 柄		受診の種 別	人間ドック 脳ドック
	受 診 年 月 日		令和 年 月 日	受診費用の総 額		円	
	医 療 機 関 名 称			医 療 機 関 所 在 地			
事業主の記入する欄	本請求金額の受領を 代理人と定め委任致します。						
	令和 年 月 日						
	古河健康保険組合理事長 殿						
	被保険者氏名						
事業主の記入する欄	上記の申請について、相違ない事を証明します。						
	令和 年 月 日						
	古河健康保険組合理事長 殿						
	事業主 氏 名						

- (注意事項) 1. この請求書は、受診費用の全額を医療機関に支払った場合で、健保組合から補助を受けるときに提出して下さい。
2. この請求書には必ず領収書、受診結果表（写）を添付して下さい。