

健 保 記 入 欄	補助金額(円)

健 保 押 印 欄	常務理事			担当者

ABC検診補助金申請書

申 請 者 記 入 欄	健康保険被保険者証	記号	番号
	被保険者氏名	㊟	
	生年月日	年	月 日
	受診時の年齢	歳	
	受診日	年	月 日
	受診医療機関名		
	ABC検診料金として 医療機関へ支払った金額 (税込)	円	
	<p><u>委 任 状</u></p> <p>私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>被保険者氏名 ㊟</p>		

総 合 事 務 部 押 印 欄	事業所名
	被委任者
	事業主名 ㊟

★太枠の中を記入押印し、領収書(原本)を添付のうえ、会社の担当者へ提出してください。

受付印