

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 300	番号 123456
	被保険者氏名	健保 太郎 ㊟	
	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	受診時の年齢	○ 歳	
	受診日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	受診医療機関名	健保病院	
	ABC検診料金として 医療機関へ支払った金額 (税込)	3,800	円
	委任状 私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者氏名 健保 太郎 ㊟		

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