

常務理事	事務長	係	支給決定額	円

受付日付印

年 月 日

健康診断補助金請求書

ジーエス・ユアサ健康保険組合
理事長殿

被保険者（請求者）名

印

社内 TEL

() —

一般健診を次のとおり受けたので、健康保険組合指定項目の

補助金 ¥ _____ 円也を請求書します。

被保険者	記号	番号	事業所名〔所属名〕	
受診者氏名			受診者生年月日(西暦)	
			年 月 日	
健診を受けた機関	所在地・名称・TEL			
	〒 (名称)			
			TEL () —	

<健診機関証明欄>

健康保険組合指定項目の健診料（検査項目に○印をつけてください）				健康保険組合指定以外の健診料
診察	血圧・体重測定	身長・体重測定	貧血検査	
胸部X線	検尿	生化学検査	心電図検査	
判定・指導				
一般健診合計額 円也				合計額 円

上記のとおり健診料を領収しました

年 月 日

健診機関 所在地
名称

印

この欄に証明できない場合は、別途領収明細書を発行してください

(注) 健診料の領収書を別途に受けた場合は、この請求書に添付してください