

補助金申請書

うえのことについて

- 人間ドック(日帰り・一泊)
 - 生活習慣病健診
 - 婦人生活習慣病健診
 - 健康診断
 - 特定健康診査
 - 脳検査のみ
- (1項目のみ○で囲んでください)

を下記のとおり実施したので申請します。

年 月 日

東京都電気工事健康保険組合

理事長 殿

所在地

事業所名

事業主名

印

記号

記

脳検査(35歳以上5歳ごと)を併用して受診した場合は脳検査欄に「○」をご記入ください。

番号	受診した月日		続柄	健診を受けた方の氏名		脳検査 MRI・MRA (含む場合は○)	支払金額(税込)	補助額
	月	日		氏	名			
1	月	日	本・家				円	円
2	月	日	本・家				円	円
3	月	日	本・家				円	円
4	月	日	本・家				円	円
5	月	日	本・家				円	円
6	月	日	本・家				円	円
7	月	日	本・家				円	円
8	月	日	本・家				円	円
9	月	日	本・家				円	円
10	月	日	本・家				円	円

◎補助金を受け取る被保険者または事業所の口座を記入してください。

金融機関	銀行 金庫 組合		
支店	本店 支店 出張所	種別	1. 普通 2. 当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

ご担当者様
ご連絡先Tel ()

受付日付印

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-27-1
東京都電気工事健康保険組合
保健課宛
TEL03-3861-1852

(注)実施した健診機関の領収書と個人表または結果表の写しを添付してください。