

支払決議書	支給金額										常務理事	事務長	課長		係
	内訳														

平成 年度 組合健診補助金請求書

事業所記号															
所属している 支店・営業所・ 工場	名 称														
	所 在 地														
	請求人数 (※1)					人分									
実施健診機関名	名 称														
	所 在 地					Tel									
	健 診 実 施 日					平成 年 月					～ 平成 年 月				
	健診費用 (※2)					円									
補助金振込口座	銀行										支店				
	コード										コード				
	種別					普通・当座					口座番号				
	フリガナ														
	口座名義														

印刷製本包装機械健康保険組合

(※1) 請求人数分の健診結果表または組合指定の電子媒体による結果を添付してください。

(※2) 請求人数分の領収書（振込控）と請求明細書（検査料金の明細）を添付してください。

上記の健診費用を請求いたします。

請求日 平成 年 月 日

所 在 地

(被保険者住所)

請求者 事 業 所 名

(被保険者)

事 業 主 名

代表者
印