

No. _____

Umios健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

人 間 ド ッ ク 実 施 稟 議 書

下記の通り人間ドックを受診いたしますので申請いたします。

ふりがな				
被保険者氏名				
被 保 険 者 等 記 号 番 号	記号		番号	
ふりがな				
実 施 者 名				
生 年 月 日	年 月 日			
現 住 所	〒 ー			
受 診 希 望 日	年 月 日			
実施医療機関				
補 助 金 振 込 口 座	金融機関名			
	支 店 名			
	預 金 種 目	普 通 ・ 当 座		
	口 座 番 号			
	口座名義人			
メールアドレス (任意継続の方のみ)				

- ※ 受診日の2週間前までにご提出ください。
- ※ 補助の対象は日帰り人間ドックのみとなります。
- ※ 受診後、領収書（本書）および結果票（写し）を健康保険組合までご提出ください。

事 業 主 記 入 欄	
事 業 主 住 所	
事 業 主 氏 名	