

サンリオ健康保険組合用			
常務理事	事務長	確認	担当

婦人科検診・歯科健診
補助金請求書

健康保険の 記号番号	記 号	番 号	氏 名		
			所属部署	部 課	
			T E L	()	
(フリガナ)					性 別
実 施 者 氏 名					男 ・ 女
続 柄			本 人 被扶養者()		
生 年 月 日			昭和・平成 年 月 日 生		
実 施 医 療 機 関 名					
そ の 他 の 健 診			※「任意に希望する健診」を受診された方は、健診名称を記入してください。		
実 施 年 月 日			令 和 年 月 日		
補 助 金 振 込 先			銀行 支店		
			※ 振込先金融機関は、できるだけ「三菱UFJ銀行（五反田支店）」をご指定ください。		
			普 ・ 当 口座No.		
			(フリガナ)		
			口 座 名 義		
			※ 口座名義人は被保険者本人に限ります。		

健診結果については、すべて事業主と健保組合双方で共同利用いたします。
また、個人情報に関する規程に基づき、厳重なる管理を行い利用目的以外の使用はいたしません。
上記取扱いに同意の上、領収書並びに検査結果報告書の写しを添えて補助金を請求します。

令和 年 月 日
住所
請 求 者
氏名

サンリオ健康保険組 理事長 殿