

No. _____

マルハニチロ健康保険組合 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	〒 -		
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	