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				

※ 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	