

資格取得日	平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
被保険者	・ 家族(被扶養者)	対象被扶養者 認定日	令 年 月 日	常務理事	事務長		扱者
今回受診年齢	50・53・56・59・62・64・67・70・73						
支給決定額	円	支給決定日	令 年 月 日				
備考				健保受付印			

(任意継続保険用)

## 健康保険 被保険者 人間ドック受診補助費請求書 家 族

- 健康保険を使用した場合は「診療」ですので補助金の請求はできません。
- 受診者名・人間ドック受診が確認できる領収書を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	88	番号			
	被保険者 (請求者) の住所	〒 - -		TEL	- -		
	被扶養者が 受診した場合	(被扶養者) 氏名			(被扶養者) 生年月日	令 年 月 日	
	受診日	令 年 月 日	請求金額	円			
	上記のとおり請求します。						
請求日		令 年 月 日	被保険者 (請求者)		氏名	⑩	
東急百貨店健康保険組合 理事長殿							

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。