

支 出 伺

年 月 日

レオン自動機健康保険組合 理事長様

申請者（被保険者）

（保険証の記号と番号 — ）

氏名

健康診断等補助金申請

- 申請金額 ￥ _____
- 受診者名 _____
- 生年月日 年 月 日（満 歳） _____
- 受診日 年 月 日 ○種類： 一般・節目健診・PET
（どれかに○）
- 検査に要した費用 円 _____
- 振込銀行 _____ 銀行 _____ 本支店
- 口座番号 _____
- （カナ）（ _____ ）
- 口座名義 _____
- （被保険者の口座を指定して下さい。）

*振込銀行口座情報は間違いの無い様にご記入お願いいたします。
*誤記入を原因として発生する手数料は申請者のご負担となります。

○領収書（原紙）、検査成績報告書（コピー可）、質問票（問診票）（コピー可）を添付のこと

※検査成績報告書については、医師名や問診部（体重の増減、運動、食習慣、喫煙の有無など）の部分も含めてください。

<以下健保記入欄>

支	払	決	議	書			
伺年年月日	令和	年	月	日	理事長	常務理事	担当者
決裁年月日	令和	年	月	日			
支 払 額				円			