

常務理事	事務長	係

記号・番号、
事業所名は
記載してあり
ます。

短期人間ドック利用補助交付申請書 (任意受診用)

申請日 年 月 日

記号・番号	1 0 1 - 1 1 2 2	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎 (印)
事業所名 ・ 所属部署	株式会社イマジカ東京映像センター ****室****グループ TEL: 03 - 3280 - ****		

※続柄・性別は、該当箇所には○をつけて下さい。

受診者氏名	フリガナ ケンコウ アキコ 健康 明子	続柄	本人 家族	性別	1. 男 2. 女
住所 連絡先	〒140-0002 東京都品川区東品川3-4-5-901 TEL: 03 - 0123 - 4567 (自宅・携帯)				
生年月日	昭和47年2月1日(43歳)	受診日	平成27年5月11日(月)		
振込先 金融機関	三菱東京UFJ 銀行 信用金庫		五反田 支店 出張所		
	銀行コード	0 0 0 5	支店コード	5 3 7	
口座名義	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
口座種別	普通・当座				

■ 注意事項

- *太枠内を必ずご記入ください。
- *利用料金の①領収書の原本、②検査結果の写しを必ず添付してください。
- *受診者をご家族の場合でも、補助金のお振込先は被保険者本人の口座に限ります。
被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

- 申込書提出先・問い合わせ先
〒141-0022
東京都品川区東五反田2-14-1
イマジカ健康保険組合
TEL: 03-3280-7575
FAX: 03-3280-7574

受付印

組合処理欄	
受付日	年 月 日
支給決定日	年 月 日
種別	短期人間ドック利用補助
支払決定額	¥
備考	