

被保険者が記入するところ	記号	番号	氏名	(フリガナ)	所属事業所名称					
	住所			日中連絡の取れる電話番号						
	〒									
	検査受けた人 (被扶養者受診時記入)	氏名	年齢	才	続柄					
	検査実施日	令和	年	月	日					
	検査種目	人間ドック・生活習慣病健診・婦人科検査								
	検査に要した費用		円	内訳	人間ドック	円				
					生活習慣病健診	円				
					婦人科検査	円				
	振込希望口座 ※被保険者名義のみ記入可									
銀行			支店	普通	口座番号					
					口座名義	※カタカナで記入				
添付書類の確認 ※□に✓をして下さい。		<input type="checkbox"/> 領収書		<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者又は被扶養者の名義であること</li> <li>原本であること(レシートは不可)</li> </ul>						
		<input type="checkbox"/> 検査結果のコピー		<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の受診内容がすべて印字されていること →印字が薄い又は擦れなどがないか</li> <li>総合判定のみは不可</li> </ul>						
備考										
上記のとおり請求します。										
				令和	年	月	日			
				被保険者氏名		Ⓜ				
TSIホールディングス健康保険組合 理事長 殿										

※請求書、結果報告書及び添付書類に記載された内容は、補助金の受給資格の審査、補助金額の計算のみに使用し、本人の同意なしに第三者に提供されることはありません。

受付日付印

区分	補助金支給額			確認印
	百	千	円	
被保険者				
被扶養者				

内訳	人間ドック	円	事業主負担分	円
	生活習慣病健診	円		円
	婦人科検査	円	備考	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号	番号	氏名 (フリガナ)				所属事業所名称			
	検査受けた人 <small>(被扶養者受診時記入)</small>	氏名		続柄		生年月日	年	月	日	
	検査実施日	令和 年 月 日								
	検査種目	人間ドック・生活習慣病健診・婦人科検査								
	検査機関名									
	検査機関所在地	〒				電話番号				
	検査結果	正常・要観察・要再検査・要治療								
	備考									
	上記のとおり結果報告します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">被保険者氏名</div> <div style="text-align: right;">Ⓜ</div> TSIホールディングス健康保険組合 理事長 殿									

※請求書、結果報告書及び添付書類に記載された内容は、補助金の受給資格の審査、補助金額の計算のみに使用し、本人の同意なしに第三者に提供されることはありません。

受付日付印