

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					
検査を受けた人 (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。		A3 領収書		<ul style="list-style-type: none"> 被保険者又は被扶養者の名義であること 原本であること(レシートは不可) 			
		□ 検査結果のコピー		<ul style="list-style-type: none"> 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 総合判定のみは不可 			
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							

記号	番号	氏名	(フリガナ)	所属事業所名称			
検査を受けた人 (被扶養者受診時記入)	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。							
		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。

※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

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	