

全美連総合福祉共済制度 特別給付金請求書 (40歳未満人間ドック補助金)

年 月 日

三重県美容業生活衛生同業組合 御中

下記加入者の特別給付金の請求事由が発生しましたので、ご請求申し上げます。

給付内容		請求金額		
人間ドック補助金(40歳未満)		円 ※請求上限金額は5,000円です		
加入者の内訳				
支部名		事業所名		
支部番号				
加入者番号	No.	事業所所在地		
☞太枠線内は加入者本人が必ずご記入ください。				
請求日(記入日) 事由発生日以降に記入	年 月 日	電話番号	()	
フリガナ		加入年月日	年 月 1 日	
加入者氏名				
加入者生年月日	年 月 日	事由発生日	年 月 日	
添付書類 (コピー可)	<input type="checkbox"/> 人間ドック、健康診断等受診領収証 <input type="checkbox"/> その他 ※加入者が支払ったことがわかる書類(請求書・領収書)、検査内容(例:人間ドック代、健康診断代、子宮がん検診等)、支払金額、医療機関名等の名称の記載があるものを添付してください。			
特別給付金 振込先 ※必ず記入して下さい	銀行/信金/ゆうちょ		本・支店名	
	銀行 ・ 信金		本店 ・ 支店	
		ゆうちょ	店名	店番
	口座種別・番号		口座名義人	
普通・当座 No.		※カタカナで記入してください		