

生命共済健康診断等補助給付請求書

中京サテライトクリニック以外で受診された方は、受診日・受診医療機関がわかる
領収書・請求書・健診結果報告書等のご提出をよろしくお願い致します。

健康診断受診者	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
	氏名 生年月日	男・女	年 月 日
	受診日	年 月 日	
請求総額	1,500円 × _____ 名 = 請求金額 _____ 円 (※2口以上、加入後6ヶ月以上経過している方が対象となります。)		
上記記載事項が事実と相違ないことを証明し、健康診断補助給付を請求致します。			
_____ 年 月 日			
大府商工会議所 御中			
(事業所) _____ 所在地 _____			
_____ 事業所名 _____			
_____ 代表者名 _____ 印			
_____ 電 話 _____			

※ご記入頂いた情報は、風車共済の運営に必要な事務処理及び引受会社との情報交換のために利用します。