

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3,000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 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。		