

健康診断受診料補助 請求書

(健康診断受診料補助用)

西都商工会議所 御中

請求日： 年 月 日

加入事業所番号	
事業所名	
代表者名	印
事業所住所	
事業所番号	

別紙の加入者が次の「健康診断補助」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

健康診断受診料補助金 _____ 円 (名分)

支払済健康診断受診料 _____ 円

※加入者の受診並びに受診料支払いを証明するものの写しなど、給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。

※加入者1名に対し2,000円は、該当年度内1回のみ給付であり、該当年度以外の請求は無効となります。

※受診料が2,000円以下の場合はその半額を給付します。

振込先

振込先指定金融機関名	
本支店名	
預金種目	普通・当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	

(お知らせ)

※1 西都商工会議所生命共済制度「Mの国共済」は、アクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)」並びに西都商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞金・記念品制度」、「健康診断補助」で構成されています。

つきましては、「Mの国共済」給付金請求受付の一環として、定期保険(団体型)引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が西都商工会議所に対する「お祝い金・見舞金・記念品制度」請求の取次ぎをさせていただきます。

※2 本請求書に記載された個人情報は、お祝い金・お見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

【商工会議所使用欄】

受付日			
健康診断受診料補助請求受付確認欄			
専務理事	事務局長	課長	担当者

入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)

引受保険会社：アクサ生命保険株式会社

お問合せ先：宮崎支社宮崎営業所 (TEL/0985-22-3426)

事業所名

加入者 番号	(フリガナ) 加入者名	受診日 (年月日)	受診料 (自己負担分)	医療機関への支払日 (年月日)
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	
	()		円	

※受診者名、受診日、受診料がわかる書類（領収書等）を必ず添付してください。