

## 生命共済健康診断等補助給付請求書

直接、中京サテライトクリニックにて受診をされた方は、請求書太枠内に必要事項をご記入いただき、大府商工会議所までご提出よろしくお願ひ致します。

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	
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。  <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">_____ 年 月 日</div> 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 _____			

※健診機関署名欄は会議所より健診機関に依頼しますので、不要です。  
 ※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。

**【健診機関署名欄】**

- ・ 上記の者は当院にて健康診断を受診したことを証明する。

印