

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い致します。

健康診断受診者	氏 名 生年月日	男・女	昭和・平成 年 月 日
	受 診 日	年 月 日	
	氏 名 生年月日	男・女	昭和・平成 年 月 日
	受 診 日	年 月 日	
	氏 名 生年月日	男・女	昭和・平成 年 月 日
	受 診 日	年 月 日	
	氏 名 生年月日	男・女	昭和・平成 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 _____ 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。

※1 大府商工会議所 風車共済は、アクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険（団体型）と大府商工会議所が実施する祝金・見舞金等の独自給付制度で構成されています。

※2 本請求書に記載された個人情報、祝金・見舞金等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。

【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。

〈会議所使用欄〉

専務理事	事務局長	次長	担当	支払年月日
				年 月 日