

常務理事	事務長	係

支給決定欄	伺 の 日	令和 年 月 日	検診期間	令和 年 月 日から
	支 給 額	円		令和 年 月 日まで

被保険者 人間ドック利用補助金請求書
被扶養者

被 保 険 者 証 記 号 番 号	第 号	被保険者名	
事 業 所 名			
検診を受けた医療機関名及び所在地			
検診(人間ドック)を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	費用額 円
人間ドックを受けた方が被扶養者であるときはその者の			
氏名		生 年 昭 月 日 平	年 月 日 続柄

人間ドックを受けた者の氏名		生 年 昭 月 日 平	年 月 日
検診(人間ドック)を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	人間ドック費用 円
上記のとおり検診(人間ドック)を受けたことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名			

みづほ健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日提出

補助金振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通 当座		
金融機関コード	コード			

受付日付印