

「助成金請求書」

(人間ドック等の費用助成)

ハピネス共済会

御中

(一般財団法人ハピネス共済会)

保険種類	<input type="checkbox"/> 医療共済ハピネス(団体型医療保険)
	<input type="checkbox"/> 新しいぶき(移行型医療保険)
	<input type="checkbox"/> タス+かるじゃ(長期医療保険)

記入日	年 月 日
-----	-------

【契約者】 〒 (-)

住所 _____

電話番号 _____ ()

氏名 _____ (印)

下記のとおり必要書類を添えて人間ドック等の費用助成を請求します。

なお、請求に関する契約者等の個人情報、助成金の支払いに関する業務の目的のために利用されることに同意します。

1 受診者

契約番号	処理コード	受診者の氏名	契約者との続柄
	—	フリガナ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他

2 受診内容

受診日	年 月 日
受診機関名	
自己負担額	円

3 振込先の金融機関 (契約者名義の口座をご指定下さい)

金融機関 口座	銀行・金庫				ゆうちょ銀行							
	銀行 金庫		店		通帳記号		通帳番号					
<input type="checkbox"/> 総合口座(普通預金) <input type="checkbox"/> 当座預金	番号					1	0					1
フリガナ	フリガナ				フリガナ							
名義人												

共済会 処理欄	認定番号.....
	支払日.....
	支払金額.....

承認	認定	照合	受付