

(健保使用欄) 39 才以下 本 _____ 名
39 才以下 扶 _____ 名
40 才以上 本 _____ 名
40 才以上 扶 _____ 名

[illegible]

【添付資料】①健診の領収書（コピー可）

上記の2点の書類をご添付いただきご請求ください。必要書類が不足の場合は補助できない場合があります。

※ 健診結果とは、判定結果ではなく、特定健診該当項目の具体的数値及び問診表です。
いただいた健診結果は特定健診のデータとして活用させていただきます。また、データ
処理後は、当方にて責任を持って破断処理させていただきます。

※ 申請期限は受診した日より1年以内です。

合計	名	領収書金額	¥

(健保使用欄) 支給金額 ￥

(振込先) 銀行 支店 $\left\{ \begin{array}{l} \text{普通} \\ \text{当座} \end{array} \right\}$ 預金 口座No.

フリガナ

口座名義

上記のとおり請求します。

年 月 日

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

事業所名