

（ 本人用 ）

支給額	常務理事	事務長	担当

河北新報健康保険組合 御中

<ドック・補助申請書>

① 申請日	年 月 日
② 記号・番号	—
③ 氏名	(歳)
連絡先（携帯・内線など）	
ドック受診内容について	
④ 受診日	
⑤ 健診機関名	
⑥ コース	半日 ・ セット ・ 一泊 ・ 2日

⑦ 補助の振込先口座を記入してください

銀行名		口座番号	
支店名		氏名（カナ）	

下記の通り、補助金を申請します。

署名（氏名） _____ 印

- 注 1) 補助は年度内 1 回。重複した場合は返還していただきます
2) 受診時に資格喪失していた場合、補助はありません