

常務理事	事務長	担当者

下記の金額支出してよろしいか。					
起案年月日	令和 年 月 日	補助金	円		
決裁年月日	令和 年 月 日	支払額	円		
款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費

## 人 間 ド ッ ク 申 請 書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

事業所名			記号・番号		
所属部課			社員コード		
被保険者氏名					印
受診者	氏名		続柄		生年月日
	住所	〒  TEL (       )       -			
受診日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日帰り・1泊・その他 (       )       検診料       円				
検診施設名					
検診費用の支払方法	健保組合から検診施設（契約病院のみ）へ支払い。 補助上限額を超える分については、後日健保組合より被保険者へ請求します。				

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。 また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

—受付日付印—