

常務理事	事務長		

様式一A

三協・立山健康保険組合宛		申請期限/平成30年3月30日(金)	
精密検査費用補助金申請書			
事業所名		被保険者氏名	
		(印)	
保険証の記号・番号		受診した医療機関名	

※領収証(写)及び診療明細書(写)(受診した本人の氏名が記載されたもの)及び定期健康診断等結果(写)を添付してください。

※三協立山(株)、ST物流サービス(株)、サンクリエイト(株)、協立アルミ(株)

支給決定額
円

常務理事	事務長		

様式一B

三協・立山健康保険組合宛		申請期限/平成30年3月30日(金)	
精密検査費用補助金申請書			
保険証の記号・番号	被保険者氏名	受診した医療機関名	
	(印)		
振込先金融機関(漢字及びフリガナ記入) 銀行 支店 店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	口座番号 (普通・当座)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	口座名義人(カタカナで記入)		
※ゆうちょ銀行不可			

※領収証(写)及び診療明細書(写)(受診した本人の氏名が記載されたもの)及び定期健康診断等結果(写)を添付してください。

※三協化成(株)、三協興産(株)、三協設備サービス(株)、SIS(株)、三協アド・サービス(株)

支給決定額
円