

請求

受付印

人間ドック・インフルエンザ予防接種 受診料補助請求書

伊那市勤労者互助会会長 殿

人間ドックを受診または予防接種を受けましたので下記のとおり請求いたします。

請求金額

_____ 円

事業所住所

事業所名

代表者名

電話番号

印

請求内容

受診項目 ※どちらかを選び印。	内 容	
<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> インフルエンザ 予防接種	受診日	窓口支払額 (領収書金額)
	年 月 日	円
	受診医療機関名	
	電話	
領収書添付 ※裏面に張り付けてください。		

請求者

事業所番号	会員番号	受給者氏名	生年月日
		印	昭和・平成・令和 年 月 日

受領方法 ※どちらかを選び印。以下、必要事項を記入し、押印してください。

- ①「下記のわたくし名義の口座に振り込んでください。」
- ②「下記の名義人に受領を委任します。」 (事業所経由または家族の代表者が受け取る場合)
→ 下記の委任状に記入押印。

委任状

上記請求 _____ 円を受領することを、 _____ に委任します。

年 月 日 受給者名 _____ 印

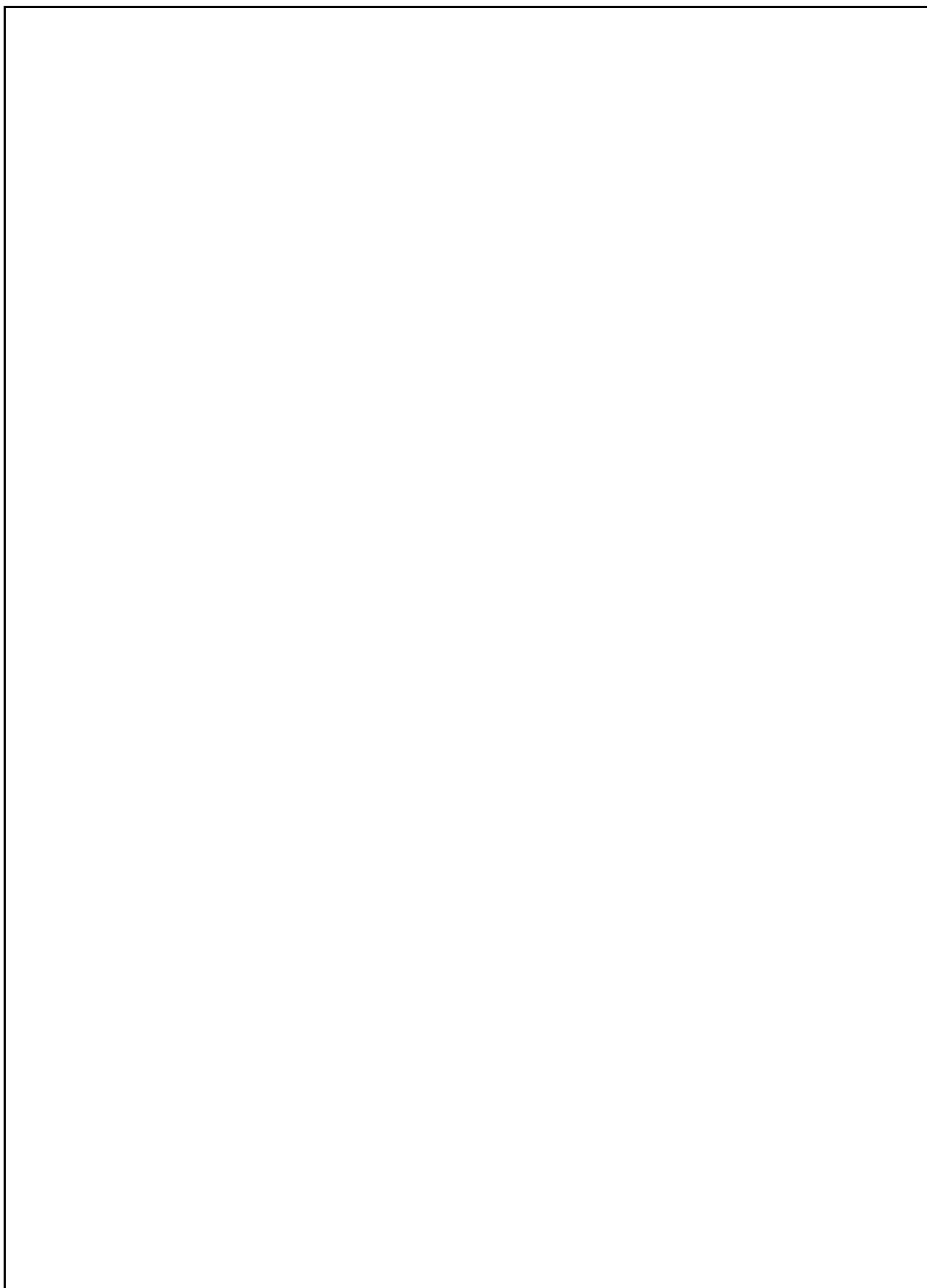
振込口座

※受け取りを希望する口座について記入してください。 ゆうちょ銀行の取り扱いはありません。

銀行 信金		本店・支店	
金庫 農協		支所・出張所	
預金種目	普通 当座 貯蓄 その他	口座番号	※左づめでご記入ください。
フリガナ			
口座名義			

入力	振込日

領収書添付欄 ※「人間ドック」または「インフルエンザ予防接種」と明記のあるもの（写し可）

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for attaching receipts. The box is currently blank.