

宛先： TOTO健康保険組合

健康保険組合使用欄

				常務理事	事務長	係
受付	年 月 日	決定	年 月 日	支払	年 月 日	
支給額	補助上限 25,000円	資格	取得	年 月 日	被扶養者 確認印	
	円		喪失	年 月 日		

P E T 健 診 補 助 申 請 書

平成 年 月 日提出

TOTO健康保険組合 御中

下記の通り申請いたします

被保険者	氏 名	※氏名を自書された場合、捺印は不要です。		印	健康保険証の 記号・番号	—
	会社名・ 所属部門	(外線) — —		(内線) — —		
受診者	氏 名				生年月日	昭和 平成
		続 柄	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)		<input type="checkbox"/> TOTO健保加入の配偶者	
	健診機関名				受診年月日	
					健診コース	
			料 金			

領
収
書
添
付
箇
所

※本人名義の原本を添付してください。一旦提出された領収書については、返却いたしません。