

三菱地所健康保険組合 御中

被保険者  
被扶養者 健康診断費請求書

被保険者 被扶養者 氏名	続柄	検査日	検査内容	所要額
				円
				円
医療機関名				

※ 検査の内容を詳細に記載した医療機関の領収証を必ず添付すること。

(ご注意: 「人間ドック」「会社の定期健康診断」「特定健診」に追加して同日に「自費で受診した健康診断費用」は対象外です。)

上記の通り請求いたします。

令和 年 月 日

被保険者の事業所名

被保険者の所属部名

被保険者証の記号番号

被保険者氏名

委任状	本請求に基づく受領を代理人に委任します。	
	被保険者 (請求者)	住所 氏名
	代理人	住所 氏名