

三菱地所健康保険組合 御中

被保険者  
被扶養者 予防注射費請求書

| 被保険者<br>被扶養者 氏名 | 続柄 | 年齢 | 種別 | 実施年月日 | 所要額 |
|-----------------|----|----|----|-------|-----|
|                 |    |    |    |       | 円   |
|                 |    |    |    |       | 円   |
|                 |    |    |    |       | 円   |
|                 |    |    |    |       | 円   |
| 医療機関名           |    |    |    |       |     |

※ 医療機関の領収証を必ず添付すること。

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<br>(請求者)        | 住所<br>氏名 |
|     | 代理人                  | 住所<br>氏名 |