

平成 年 月 日

生活習慣病健診立替金請求書

¥ _____

但し、生活習慣病健診費用 立替金

上記の通り、特定健診結果表又は結果データを添付して請求致します。

ヤンマー健康保険組合 理事長殿

事業所 名称

代表者 _____ 印

振込先

_____銀行 _____支店

フリガナ

普通・当座 No _____ 口座名義 _____