

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 被扶養者 氏名	続柄	年齢	種別	実施年月日	所要額
三菱 太郎	本人	〇〇	インフルエンザ	〇年〇月〇日	〇〇〇〇 円
三菱 一郎	長男	〇〇	インフルエンザ	〇年〇月〇日	〇〇〇〇 円
					円
					円
医療機関名 〇〇〇〇病院					

※ 医療機関の領収証（種別が記載のもの）を必ず添付すること。

上記の通り請求いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者の事業所名 〇〇〇株式会社

被保険者の所属部名 総務部

被保険者証の記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者氏名 三菱 太郎

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 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏名 三菱 太郎
	代理人	住所 氏名