

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
					円
					円
					円
					円
医療機関名					

※ 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 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