

# chocoZAP利用補助申請書

松屋健康保険組合 殿

chocoZAPの補助金を以下の通り申請致します。

年 月 日申請

被保険者証番号	記号	番 号					被保険者氏名			
現住所	〒 -									
事業所名 (会社名)						所属部署				
						連絡先 (内線または携帯)				
利用者の氏名	氏名					被保険者との続柄	本人	(利用月)	年	月
	氏名					被保険者との続柄		(利用月)	年	月
	氏名					被保険者との続柄		(利用月)	年	月
	氏名					被保険者との続柄		(利用月)	年	月
	氏名					被保険者との続柄		(利用月)	年	月
	氏名					被保険者との続柄		(利用月)	年	月

銀行名	支店名	預金種目	口座番号				
		普通・当座					
口座名義	フリガナ						

\* ゆうちょ銀行口座への振り込みは、振込用の店名・預金種目・口座番号が必要です。  
(従来のゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)のままでは振り込むことができません。)

添付書類	領収書
------	-----

※ 健保記入欄

補助金支給額	請求人数	名×3, 278円	支給額	円
--------	------	-----------	-----	---

常務理事	事務長	係員