支給決定伺	常務理事				

請　求　書

年　　月　　日

亀田総合病院健康保険組合　　様

事 業 所 名
（ 部 署 名 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ・ 内 線＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

亀田総合病院健康保険組合ボウリング大会に要した費用を
下記のとおりご請求申し上げます。

合　計　　￥

会場 （実施した会場に✓）	□　ｱﾐｭｰｽﾞﾒﾝﾄｼﾃｨ　ＲＡＫＵＺＯ鴨川店 □　館山ヤングボウル □　他（　　）
人数	名

☆ボウリング場の領収書を添付してください

振　込　先　　銀行　　支店

普通　口座№.

フリガナ

口座名義人

※口座名義人は責任者とする