

様式第 1-1 号

人間ドック等受診料補助金交付申請書

令和 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会会長 様

事業所番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員氏名 _____ ⑩

事業所名 _____

代表者名 _____ ⑩

次のとおり人間ドック等を受診したので、関係書類を添えて補助金交付を申請します。

記

1 補助金申請額 _____ 円

※ 人間ドックの限度額は6,000円
婦人科検診の限度額は1,000円
人間ドックと婦人科検診は併用できません。

2 受診日 _____ 令和 年 月 日

※ 1泊人間ドックの場合は、受診日初日を記入してください。

3 受診医療機関 _____

4 添付書類 医療機関等発行の受診者記名の領収書（コピー可）

共 済 会 事 務 局	決裁者	担当者	受 付

整理No. _____