

人間ドック等受診料補助金交付申請書

平成 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 _____ (印)

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

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 平成 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 受診者の記名領収書または支払等を証する書類 (コピー可)

| | | | |
|--------|-----|-----|----|
| 共済会事務局 | 決裁者 | 担当者 | 受付 |
| | | | |

整理No. _____