

人間ドック受診料助成申請書

平成 年 月 日

(財)中津川・恵那地域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名

所在地

事業主名

印

事業所番号

--	--	--	--	--

つぎのとおり、人間ドックを受診しましたので、関係書類を添えて助成金を請求します。

1. 受診年月日 年 月 日

2. 助成の対象となる会員氏名

(記載しきれない場合は、別紙として添付して下さい。)

No.	個人番号	会 員 氏 名	No.	個人番号	会 員 氏 名
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

3. 助成申請額

助成対象者 _____ 人×助成単価 _____ 円／1人＝助成申請額 _____ 円

4. 添付書類 ① 受診者名(40歳以上)がわかる書類の写し(結果票等)

② 単価のわかる書類(請求書等)

③ 領収書の写し