

# 成人病基本健診受診料助成金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人中津川・恵那地域勤労者福祉サービスセンター理事長様

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_ (印)

つぎのとおり、成人病基本健診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 令和 年 月 日

2、助成の対象となる会員氏名（受診日現在で、満40歳以上の会員に限る。）

・記載しきれない場合は、別紙として添付してください。

(事業所番号)

--	--	--	--	--

	個人番号	会員氏名	受診料	助成金額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
合 計				(A)

3. 助成金請求額

助成対象者人数 人 (A)	助成金請求額合計 円	*助成金決定額 円
------------------	---------------	--------------

\*印は記入しないでください。

4. 添付書類  
(コピー可)

- ・受診日、受診者名及び受診単価がわかる書類  
(受診機関発行の請求書、結果票など)
- ・受診料の支払が証明できる書類  
(領収書、ネットバンキング支払明細、金融機関発行の明細表など)