

人間ドック受検助成金交付請求書

年 月 日

(あて先) 公益財団法人 厚木市勤労者福祉サービスセンター理事長

事業所名 _____

会員番号 _____

フリガナ
請求者氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり請求します。

1	請求金額	円
2	受検日	年 月 日
3	添付書類	<input type="checkbox"/> 受検日、人間ドック受検が明記された受検者宛ての領収書 (コピー可)

(注 意)

- 助成金は、会員が負担した受検費用の内、5,000円を限度に交付します。
- 助成金の請求期間は、受検日から2年以内です。
- 定期健康診断や健康保険が適用される検査は助成の対象外です。
- 現金受領の際は、身分証明書(運転免許証・保険証等)を必ずお持ちください。

受領方法 (いずれかを選んでください)	本人受領	上記金助成金を受領しました。 年 月 日 受領者氏名				
	代理受領	請求者記入欄 私は上記助成金の受領について _____を代理人とします。 年 月 日 請求者氏名		代理人記入欄 左記条件に基づき上記助成金を受領しました。 年 月 日 受領者氏名		
	振込	上記助成金を下記口座に振込んでください。				
	金融機関名	銀行	金庫	本・支店名	本店・支店	
		農協	組合		本所・支所	
	口座番号	普通・当座		口座名義人 (カタカナ)		
		どちらかに○				

※以下は記入しないでください。

本人確認	免許証	マイナンバー
	保険証	その他 ()
加入	年 月	生年月日 . . 才
助成履歴	有 . 無	給付番号

入力

--

収 受 印

--