

定期健康診断助成金交付請求書

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

事業所番号			
事業所名			
郵便番号	-		
所在地			
代表者(事業主)氏名			
本件責任者	☎	-	-
本件担当者	☎	-	-

※事業主の会費負担月額1人当たり 円

次のとおり請求します。

1 請求金額	円
2 受検医療機関 (受検者人数)	病院 (人)
3 添付書類	定期健康診断受検証明書(指定医療機関用) または、医療機関の請求書及び領収書

- (注 意) ○この助成金は、事業主が負担した場合に交付します。
○助成金は、年度内1回となります。
○請求金額は、事業主の月額会費負担額により異なります。
○添付書類は、受検日、受検者氏名、受検費用が明記されているものがが必要です。

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 _____年 月 日 _____を代理人とします。 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 農協	金庫 組合	本・支店名	本店・支店 本所・支所	
	口座番号	普通・当座 どちらかに○		口座名義人 (カタカナ)		

※口座名義人は事業所名もしくは事業主名のみとします。

※以下は記入しないでください。

入力	給付番号	～	本人確認	免許証	マイナンバー
				保険証	その他()

収 受 印

--