

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 株式会社ハートピア

郵便番号 243 - 0018

所在地 厚木市中町○-○-○

代表者(事業主)氏名 厚木 太郎

本件責任者 中町 三郎 ☎ 046 - 0000 - 0000

本件担当者 旭 鮎子 ☎ 046 - 0000 - 0000

※事業主の会費負担月額1人当たり 600 円

次のとおり請求します。

1 請求金額	2,000 円
2 受検医療機関 (受検者人数)	厚木総合 病院 (1 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 請求者氏名 を代理人とします。	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 厚木 銀行 金庫 農協 組合 本・支店名 本厚木 本店 支店 本所・支所 口座番号 普通・当座 0 1 0 1 0 1 0 口座名義人 (カタカナ) ハートピア商事(株) ハートピアショウジ(カブ)			

※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	免許証	マイナンバー
----	------	---	----	-----	--------

収 受 印

		確 認	保 険 証	そ の 他 ()	
--	--	--------	-------------	----------------------------	--