

定期健康診断受検助成金交付請求書の記入方法

定期健康診断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

事業所番号 ○○○○

所在地 厚木市旭町○-○-○

事業所名 ハートピア商事(株)

代表者(事業主)氏名 神奈川一郎 印

電話番号 046-△△△-△△△△

※事業主の会費負担月額1人あたり 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、医療機関の領収書

- (注意) 1 助成金は、代表者(事業主)の請求のみ交付いたします。
 2 助成金は、年度内1回といたします。
 3 請求金額は事業主の会費負担額により異なります。
 4 添付書類については、受検者氏名、受検項目が明確になるものが必要です。
 5 現金受領には、印鑑をお持ちください。

受領方法(いずれか一つを選んでください。)	① 本人受領	上記助成金を受領しました。 年 月 日 受領者氏名 印 (代表者印)	
	② 委任受領	委任状 私は上記助成金の受領を _____に委任します。 年 月 日 代表者(事業主)氏名 (代表者印) 印	領収書 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 印
	③ 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
	口座番号	普通・当座 どちらかに○ 99999999	フリガナ 口座名義人
			本厚木 本店 支店 本所・支所 ハートピアショウジ(カブ) ハートピア商事(株)

※口座名義は事業所名もしくは事業主名のみとします。

給付番号
No. _____ ~
No. _____

入 力

受 付 印

●コピーしてご利用ください。