

# 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 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
自宅住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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 受検医療機関名	病 院 診療所
4 添付書類	受検日、受検者名明記の人間ドック領収書 (コピー可)

- (注意) 1 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。  
 2 助成金の請求期間は、**受検日から2年以内**です。  
 3 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。  
 4 **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)				
	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 請求者氏名 (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	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○		フリガナ 口座名義人		

入 力

確認欄	加入	年 月
	助成履歴	有 ・ 無
	生年月日	S・H . . . ( 才 )

受付印	
-----	--