

定期健康診断受検助成金交付請求書

平成 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

事業所名

代表者(事業主)氏名



電話番号

※事業主の会費負担月額一人当たり 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 (成人健診 人、一般健診 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、年度内一回といたします。
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 印鑑はシャチハタ不可。
6 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。 平成 年 月 日 受領者氏名		
	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。 平成 年 月 日 代表者(事業主)氏名	領収書 左記条件に基づき上記助成金を受領しました。 平成 年 月 日 受領者氏名	
	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 金庫 農協 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		

※口座名義は事業所名もしくは事業主名のみとします。

決裁	事務局長	次長	係員	入力
----	------	----	----	----

受付印

