

# 人間ドック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

事業所名 \_\_\_\_\_

会員番号 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
自宅住所 \_\_\_\_\_

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	平成 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経費の内、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6箇月以内**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 印鑑はシャチハタ不可。  
 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。 平成 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。 平成 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。 平成 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 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	-----		

決裁	事務局長	次 長	係 員	入 力
----	------	-----	-----	-----

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

受付印	
-----	--

●コピーしてご利用ください。

