

# 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

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 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  
電話番号 046-△△△-△△△△



※事業主の会費負担月額一人当たり 円 600

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 (成人健診 人、1 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 (印)	
	② 委任受領	委任状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 (印) 上記助成金を下記口座に振込んでください。	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	金融機関名 厚木 銀行 金庫 農協 組合	本・支店名 本店・支店 本厚木 本所・支所 ハートピアショウ
	口座番号 普通 当座 どちらかに○ 9 9 9 9 9 9 9	フリガナ ハートピアショウジ(あ) ハートピア商事(株)	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。

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

● コピーしてご利用ください。

受 付 印
-------