

定期健康診断・人間ドック受診料補助金申請書

申請日 年 月 日

申請金額										円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(公財)上越勤労者福祉サービスセンター理事長 様

上記金額の受診料補助金を申請いたします。

受診日	年 月 日	
受診会員数	定期健康診断	名×1,500円(別紙受診者名簿のとおり)
	人間ドック	名×5,000円(別紙受診者名簿のとおり)

事業所番号	<input type="text"/>
事業所名	<input type="text"/>
事業主氏名	<input type="text"/>
会員番号	<input type="text"/>
会員氏名	<input type="text"/>

金融機関記入欄			
※会費の振替口座以外を希望する場合はご記入ください。			
金融機関名			支店名
預金種目	口座番号	フリガナ	
普通・当座	<input type="text"/>	口座名義	

次の書類を併せて事務局までFAXまたは郵送してください。

- 定期健康診断・人間ドック受診者名簿(ガイドブックP.25)
- 医療機関からの領収書または請求書・銀行の振込受領書(コピー可)(事業所名または会員氏名、健康診断・人間ドックと表示のあるもの)

※事業所からの申請は会員氏名欄の記入は不要です。

(注)人間ドックは会員本人からの申請ができ、個人の指定口座へ振込ができます。
ただし、医療機関からの添付書類は、会員本人の氏名の記載が必要となります。

※定期健康診断の受診料が補助金額(1,500円)、人間ドックの受診料が補助金額(5,000円)を下回る場合は補助できません。

※記載された個人情報は、サービスセンター事業に関する業務以外には使用しません。

(公財)上越勤労者福祉サービスセンター

TEL. 025-545-9055 FAX. 025-545-9080

詳細はこちら



照合印	受付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>
振込日	<input type="text"/>