

定期健康診断料助成金申請書(表面)

年 月 日

公益社団法人
八王子市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

事業所番号

事業所名

所在地

代表者名

印

定期健康診断を実施したので、定期健康診断料助成金の交付を申請します。

助成金額 _____ 円

(1人につき健康診断料が、2,000円以上の場合は2,000円)

(1人につき健康診断料が、2,000円未満の場合はその額)

受診者数 _____ 人

医療機関名 _____

口座振込依頼書

上記の助成金受領について、下記の口座に振り込んでください。

金融
機関名 _____

銀行・信金
信組・農協 _____

本店
支店 _____

預金種目	口座番号
普通・当座

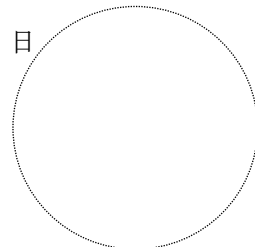
フリガナ

口座名 _____

- ※ この申請書を提出の際は、**医療機関が発行した次のいずれかの証明書**（コピー可）を添付してください。
 - 1 「健康診断料の領収書」と「健康診断受診者名と受診日が記載された書類」
 - 2 「請求書」と「金融機関に振り込んだ際の振込金受取書」と「健康診断受診者名と受診日が記載された書類」
- ※ 申請の期間は定期健康診断を実施してから1年以内です。
- ※ 裏面の**受診者名簿**も必ずご記入ください。

受付日

理事長	専務理事	事務局長	係	確認	入力	受付者



受診者名簿 定期健康診断料助成金申請書 (裏面)

No	会員番号	氏名	健康診断料	助成金額	受診日 (西暦年・月・日)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
合計			円	円	