

定期健康診断補助金交付申請書・請求書

(財)三鷹市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

平成 年 月 日

定期健康診断を実施したので、下記のとおり請求します。

事業所名	事業所番号
事業所住所	電話番号
事業主氏名 (印)	請求金額

請求金額を訂正した場合は無効になります

月 日	名 称	数 量	単 位	単 価	金 額
	定期健康診断補助				

受 取 方 法	1. 窓 <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 座振込 普通・当座・貯蓄 銀行・農協 信金・信組	契 約	三勤福第 号	小 計	
	店	台 帳 登 記	平成 年 月 日 (印)	(印)	印鑑照合及び 代理権査了
	<input type="checkbox"/> 座番号 _____ フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 座名義人 _____	検 査	平成 年 月 日 (印)		

請求金額は所定の枠内にアラビア数字で記入し、その頭書に¥をつけてください。金額を訂正すると無効になります。
座振込を希望される時は、左の欄に銀行名等を記入してください。
 支店番号・座番号を取得している場合に限り、ゆうちょ銀行も指定できます。記号・番号のままでは振込みできません。

◎ 申請内容

受診年月日	平成 年 月 日	
実施医療 機関等名	所在地	
	名称	

◎ 受診した会員の氏名

No.	会員番号	会 員 氏 名	備 考	No.	会員番号	会 員 氏 名	備 考
1	—			6	—		
2	—			7	—		
3	—			8	—		
4	—			9	—		
5	—			10	—		
合 計	1人あたりの 補助金額	人数	申 請 額		入 力	担 当 者	
	※ 注3 2,000 円	名	円				

- 注1. 法律で義務づけられている定期健康診断を実施した事業主の方に、受診料を補助します。
個人会員の方は申請できません。
- 注2. 1年度に1回、受診した会員1人につき2,000円を補助します。
- 注3. 1人あたりの受診料が2,000円に満たない場合は、実費のみの補助となります。
- 注4. 受診した医療機関の領収書(写でも可)を添付してください。
- 注5. 申請できる期間は、受診後1年間です。
- 注6. 会費の未納がある場合は、補助金の支払いを停止いたします。

ご記入いただいた個人情報はパソコン上に登録し、給付・補助の管理及び統計に利用させていただきます。それ以外の目的に使用することはありません。

平成 年度 定期健康診断受診者名簿

事業所番号		事業所名					
No.	会員番号	会 員 氏 名	備 考	No.	会員番号	会 員 氏 名	備 考
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			
26				51			
27				52			
28				53			
29				54			
30				55			
31				56			
32				57			
33				58			
34				59			
35				60			