

一般財団法人 三鷹市勤労者福祉サービスセンター
定期健康診断補助金交付申請書・請求書



三鷹市勤労者福祉サービスセンター 御中

令和 年 月 日

事業所名	
事業所住所	
事業主氏名	(印)

事業所番号	—						
電話番号							
請求金額	百	十	万	千	百	十	円

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	契	三勤福第 号	小 計
	銀行・農協 信金・信組	店	約	令和 年 月 日 (印)	台帳登記 (印)
	<input type="checkbox"/> 座番号 _____ フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 座名義人 _____		検	査	令和 年 月 日 (印)
(注) 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。 <input type="checkbox"/> 座振込を希望される場合は、左の欄に銀行名等を記入してください。					

◎ 申請内容

受診年月日	平成・令和 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	受付	
	※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. 新規会員は、入会后、1ヶ月経過してからの健診について申請できます。
注7. 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。

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			