健 康 診 断 受 診 費 用 助 成 金 申 請 書

年　　月　　日

（一財）米子市勤労者福祉サービスセンター　様

事 業 所 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 主 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

下記のとおり、健診を受診したので、必要書類を添付し助成金を申請します。

申請金額							円

※金額は記入しないでください

事業所番号					電話番号		担当者	

会員番号	会員名	受診医療機関	健診日
			／
			／
			／
			／
			／
			／
			／
			／
			／
			／

※受診者が多い場合は、各種健診名簿もご利用ください。

【添付書類】

受診医療機関の領収書(写)・ 会員個々の受診料がわかるもの(写)

※　振込先は、事業所の登録口座となります。

処理	事務局長	合　議	担　当	入　力

受　付　印