

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