名簿を必ず添付してください。(2名以上から)

コピー用

健康診断助成金請求書

FAX不可

請求日　令和　　年　　月　　日

一般社団法人胆江地区勤労者福祉サービスセンター　御中

事　業　所　名	㊞
会　員　番　号	※
会　員　氏　名	※　　㊞

1.個人会員の方は、※のみ記入してください。
2.団体会員の方は、個人受信された場合も事業所を通して請求してください。

受　診　日	令和　　年　　月　　日 ～　令和　　年　　月　　日

・該当する健診項目に必要事項を記入してください。
・助成の対象は会員のみです。会員外の分は記入しないでください。
・子宮がん、乳がん、前立腺がん等のがん検診、眼底検査等のオプション検査は助成対象外です。

健　診　項　目	受診した健診の単価	ハートアイ会員受診者数	合　計
①健康診断	円	名	円
②①+付加健診（満 40 歳・満 50 歳）	円	名	円
③健康診断（　　）	円	名	円
④健康診断（　　）	円	名	円
⑤健康診断（　　）	円	名	円
合　　計		名	円

※ハートアイ記入欄

助　成　金　額	円
助成金内訳	（　　）4，000円×　　名＝　　円 （　　）　　円×　　名＝　　円 （　　）　　円×　　名＝　　円 （　　）　　円×　　名＝　　円

添付書類
①受診した会員の名簿(P26)
②医療機関発行の請求書(コピー可)
(単価・健診項目が明記されているもの)
③医療機関発行の領収証(コピー可)
※レシートは不可

受　付　印

事務局長	事務局次長	主任	所　内	担　当