

名簿を必ず添付してください。(2名以上から)

コピー用

FAX不可

人間ドック助成金請求書

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		印
会員番号	※	
会員氏名	※	印

- 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。

*助成の対象は年度内に満40歳、満45歳に達する会員と満50歳以上の会員のみです。

受診日	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	
※受診した項目に○と、それぞれの健診単価(税込)等を記入してください。 ※会員外の方は記入しないでください。			
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人間ドック(満40歳)	円	名	円
② " (満45歳)	円	名	円
③ " (満50歳以上)	円	名	円
合計	計	名	円

※ハートアイ記入欄

助成金額	円
助成金内訳	() 10,000円 × 名 = 円 () 10,000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

受付印