

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 ・ 人間ドック助成金 請求書 FAX不可

(※いずれかの項目を○で囲んでください。)

請求日 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、個人受診された場合も事業所を通して請求してください。

受診日	年 月 日 ~ 年 月 日		
・該当する健診項目を○で囲み、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。 ・人間ドックは満40歳・満45歳に達する会員と満50歳以上の会員のみです。			
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 / 人間ドック	円	名	円
④健康診断 / 人間ドック	円	名	円
⑤健康診断 / 人間ドック	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 () 10,000円 × 名 = 円 () 円 × 名 = 円 () 円 × 名 = 円

添付書類

- ①受診した会員の名簿(P24)(2名以上の場合)
 - 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書(コピー可)
- ※レシートは不可

事務局長	事務局次長	主任	所内	担当

受付印