

P27の名簿を必ず添付してください。

Web

FAX不可

人間ドック助成金請求書

一般社団法人胆江地区勤労者福祉サービスセンター

理 事 長 様

年 月 日

* 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。

受診機関名	1. 岩手県予防医学協会県南センター 2. 胆沢病院 3. 水沢病院 4. その他の医療機関(病院名 _____) 上記の該当するものに をつけて、1-3以外の場合は病院名を記入してください。		
受診日	年 月 日 ~ 年 月 日		
受診した項目に と、それぞれの健診料金(税込)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	金額	ハートアイ会員受診者数	合計
人間ドック(満40歳)	円	× 名	円
" (満45歳)	円	× 名	円
" (満50歳以上)	円	× 名	円
合 計		名	円

ハートアイ記入欄

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

会員番号	
会員氏名	
事業所名	
事業所住所	
事業所電話番号	

添付書類

受診した会員の名簿(P27)
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)
医療機関発行の領収証(コピー可)
レシートは不可

(注) 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。

事務局長	事務局次長	主事	所内	担当