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　　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。

＊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	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

※受診した項目に〇と、それぞれの健診単価(税込)等を記入してください。
※会員外の分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人間ﾄﾞｯｸ(満 40 歳)	円	名	円
②　〃　(満 45 歳)	円	名	円
③　〃　(満 50 歳以上)	円	名	円
合　　計		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(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	主事	所　内	担　当