

名簿を必ず添付してください。(2名以上から)

コピー用

新様式 R7 年度～

FAX不可

(※↓いずれかの項目を○で囲んでください。)

健康診断助成・付加健診助成・人間ドック助成 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	※

- 個人会員の方は、※のみ記入してください。
- 事業所単位の会員の方は、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 / 人間ドック	円	名	円
② 健康診断 / 人間ドック (胃部なし)	円	名	円
③ 健康診断()	円	名	円
④ 健康診断()	円	名	円
⑤ 付加健診 (満40、45、50、55、60、65、70歳以上)	円	名	円
⑥ 付加健診 (胃部なし) (満40、45、50、55、60、65、70歳以上)	円	名	円
合計		名	円

助成金額	※以下 ハートアイ記入欄					
	円					
助成金内訳	() 4,000円×	名=	円	() 円×	名=	円
	() 円×	名=	円	() 円×	名=	円
	() 円×	名=	円	() 円×	名=	円
	() 円×	名=	円	() 円×	名=	円

添付書類 ※レシートは不可
 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)

事務局長	事務局次長	主任	所内	担当