

P27の名簿を必ず添付してください。

Web

健康診断助成金請求書

FAX不可

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

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_____) 該当する受診機関 すべて に を、4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		
該当する健診項目に をし、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
健康診断(一般健診)	円 ×	名	円
健康診断(生活習慣病健診)	円 ×	名	円
+付加健診(満40歳・満50歳)	円 ×	名	円
健康診断()	円 ×	名	円
健康診断()	円 ×	名	円
健康診断()	円 ×	名	円
合 計		名	円

ハートアイ記入欄

助成金内訳	()	4,000円 ×	名 =	円
	()	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