**健康診断助成金請求書**

**名簿を必ず添付してください。(２名以上から)**

**ＦＡＸ不可**

**コピー用**

請求日 　令和年月日

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、個人受信された場合も事業所を通して請求してください。

平成・

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　診　　日 | 平令和　　　　　　年　　　月　　　日　～　平令和　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ・該当する健診項目に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。 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　） | 円 | 　　　　　　　　　　名 | 円 |
| ④健康診断（　　　　　　　　　　　　　　　） | 円 | 　　　　　　　　　　名 | 円 |
| ⑤健康診断（　　　　　　　　　　　　　　　） | 円 | 　　　　　　　　　　名 | 円 |
| 合　　　　計 | 名　 | 円 |

※ハートアイ記入欄

添付書類

①受診した会員の名簿（Ｐ２6）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 円　　　 |
| 助成金内訳 | (　　　　) ４，０００円×　　　名＝　　　　　　　円(　　　　)　　　　　　　円×　　　名＝　　　　　　　円(　　　　)　　　　　　　円×　　　名＝　　　　　　　円(　　　　)　　　　　　　円×　　　名＝　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 受　付　印 |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |