**人間ドック助成金請求書**

**コピー用**

**名簿を必ず添付してください。(２名以上から)**

**ＦＡＸ不可**

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。

＊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 | 平成・　令和　　　年　　　月　　　日　～　平成・　令和　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| ※受診した項目に○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人間ドック（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（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

|  |
| --- |
| 受　付　印 |
|  |

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