

申請番号

# 人間ドック・脳ドック受診料補助金申請書

年 月 日

※西暦で表記

(財)駿東勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号

氏 名

生年月日

年 月 日 (40歳以上が対象)

下記のとおり人間ドック受診料補助金の給付を、検診機関の領収書(写)を添えて申請します。

記

補助金申請額 \_\_\_\_\_ 円

## 人間ドック・脳ドック受診証明書

1 受診者氏名 \_\_\_\_\_ (40歳以上が対象)

2 受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

3 医療機関の名称 \_\_\_\_\_

4 受診料のうち本人自費負担額 \_\_\_\_\_ 円

5 受診料の領収書…添付

※人間ドック・脳ドック以外の健康診断等は補助対象になりません。

## 振込依頼書

上記の金額を下記口座にお振込みください。

振 込 口 座	フリガナ		銀行	本店
	預 金 者 名		金庫	支店
			組合	出張所
			農協	
金融機関 店コード		預金種目	1. 普通	2. 当座
		口座番号		

※通帳を確認の上、記入ください。

補助金 ( \_\_\_\_\_ 円) を領収しました。

年 月 日

氏名

印

受付	入力	給付
/	/	/

※口座振込みを希望の方は、上記領収欄に記入捺印の必要はありません。