|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

(公財)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・脳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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 受診内容 | **人間ドック　・　脳ドック** |
| 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 |

**※付加(オプション)検診料は計算に含みません。****※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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 銀行金庫農協 |  | 本店支店出張所 |
| 預金者名 |  |
| 金融機関店ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。 |

**FAX不可**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 給付 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ㊞ |

**※口座振り込みを希望の方は、上記領収書に記入捺印の必要はありません。**