FAX 不可 ③

コピーしてご利用ください。

| 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　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　　㊞

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

※口座振り込みを希望の方は、上記領収欄に記入捺印の必要はありません。