

人間ドック・脳ドック・ガン検診・各種予防接種 受診料助成申請書

年 月 日

(財)会津若松市中小企業勤労者
福祉サービスセンター会長 様

会員番号 _____

会員氏名 _____ 印

下記のとおり、領収証（検診名等及び会員氏名が明記されたもの）を添えて助成金を申請・請求します。

記

1 申請金額

金額					円
----	--	--	--	--	---

2 受診年月日

年 月 日 ~ 年 月 日

3 受診機関

4 受診内容 該当種目に をしてください。（注：通常の「診察」は助成の対象にはなりません）

- ・人間ドック ・脳ドック ・各種予防接種
- ・胃ガン検診 ・肺ガン検診 ・大腸ガン検診 ・子宮ガン検診 ・乳ガン検診

5 指定振込口座

金融機関名		銀行・信用金庫・労働金庫・信用組合			本店・支店
預金種目	1 普通	口座番号		フリガナ	
	2 当座			口座名義	

* 口座振込通知書の送付を希望します (希望者は を記入してください)

送付先FAX番号 _____

6 事業所証明（受診料支払いが事業所とりまとめの場合のみ）

上記のとおり、助成申請事由があったことを証明します。

年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

<事務処理>

支払決定金額

_____ 円

事務局長	次長・主任	受付入力月日	振込月日
			・ ・

申請は直接窓口持参又は郵送（〒965-0807 会津若松市城東町14-52 会津若松市勤労青少年ホーム内）で