＜様式６号＞

健診補助金申請書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人島根県西部勤労者共済会　様

（受 取 者）
事業所番号

事 業 所 名　　印

申 請 金 額							円

□ 一般・その他健診　　□ 人間ドック

受　診　日　　年　　月　　日

受診医療機関名

上記金額の補助金の交付を申請します。

会員番号	会員名（該当者）	受診利用券返却
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）
		□あり ・ □なし（理由：　　）

※添付書類　医療機関の請求書・領収証

重複申請防止のため受診利用券は返却してください

受　付　印

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・農協		本店 支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※必ず記入して下さい

※コピーしてお使い下さい

◆人数が多い場合は別紙名簿可

R6.4 改