

# 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）	受診利用券添付
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）
		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし（理由： ）

※添付書類 医療機関の請求書・領収証・受診利用券

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

受付印