

人間ドック・脳ドック検診 補助金交付申請書

平成 年 月 日

彦根地域勤労者互助会会長 殿

事業所 NO. _____

事業所住所

事業所名

評議員名 ㊟

下記のとおり人間ドック・脳ドック検診を受診したので、補助金を交付されるよう申請します。

記

補助金交付申請内容						
NO	受診医療機関名	区分	会員No.	氏名	支払金額	補助金額
1		人間ドック・脳ドック			円	円
2		人間ドック・脳ドック			円	円
3		人間ドック・脳ドック			円	円
4		人間ドック・脳ドック			円	円
5		人間ドック・脳ドック			円	円
6		人間ドック・脳ドック			円	円
7		人間ドック・脳ドック			円	円
8		人間ドック・脳ドック			円	円
9		人間ドック・脳ドック			円	円
10		人間ドック・脳ドック			円	円
補助金振込先		補助金は、原則として事業所ごとに設けてある互助会費等支払預金口座に振込いたします。				

事業主または代表者の確認	上記の申請について相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主または代表者名 ㊟
--------------	--

①この補助金は、会員(年齢制限なし)が人間ドック・脳ドック検診を受診された場合

人間ドック・脳ドック

(ドック単独検診料30,000円以上・オプション含まず)

年1回 一律3,000円補助(年1回どちらか一方のみ)

②会員個人名と人間ドック・脳ドックと明記された領収書(写)を添付ください。

平成27年6月～

受 付 印