

人間ドック・脳ドック検診 補助金交付申請書

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。 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
ドック単独検診料 30,000 円以上(オプション含む)3,000 円補助
ドック単独健診料 20,000 円以上 30,000 円未満(オプション含む)2,000 円補助
人間ドックまたは脳ドックいずれか(年 1 回のみ)
- 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。

2020 年 7 月 1 日～