

健康管理補助金請求書

(人間ドック・脳ドック・生活習慣病予防健診)

会員番号	—	事業所名	
氏名		生年月日	年 月 日(歳)
健診日	年 月 日	補助金の種類	人間ドック・脳ドック・生活習慣病予防健診
健診料	円	受診機関名	

※基本料金をご記入ください

※健診料は基本料金のみが対象でオプション検査費用は含まれません ※PET検査は対象になりません
 ※健診の種類を○で囲んでください ※健診名明記で会員宛の領収証を添えてご請求ください(コピー可)
 ※健康管理補助金は、人間ドック、脳ドック、生活習慣病予防健診のいずれかを年度内1回お支払いします。

上記のとおり <人間ドック・脳ドック・生活習慣病予防健診(一般健診)> を受診しましたので、補助金を請求します。

年 月 日

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

請求者氏名 _____

補助金額	円
------	---

* 互助会処理欄(記入しないでください)

【口座振込】

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

上記の補助金は下記口座へ振込みください

請求者氏名 _____

銀行名		口座番号	普・他()
本・支店名		口座名義	

【現金受領】

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

上記の補助金を受領しました

受領日 年 月 日 請求者氏名 _____ (印)