

人間ドック等受診料補助金交付申請書

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

下記のとおり人間ドック等を受診しましたので、サービスセンター補助事業実施要綱に基づき、補助金の交付を申請します。

記

金 円

35歳以上の会員、受診料の相当額で、かつ、7,000円限度
100円未満は切り捨てとなります。

受診した会員

住 所

(事業所番号)

(個人番号)

氏 名

会員番号

チェック項目

会員は35歳以上である。

領収書添付

1 受 診 日

年 月 日

2 受診医療機関名

3 受診者氏名が記入された領収書のコピーを必ず裏面に添付してください。