

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をします。

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	会員番号								
住 所	(事業所番号) (個人番号)								
氏 名	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
生年月日	年 月 日(満 歳)								
チェック項目	<input type="checkbox"/> 会員は35歳以上である。 <input type="checkbox"/> 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下さい。									

この個人情報は、補助金交付事務に限り利用します。