

# 定期健康診断受診料補助申請書

受診日	年	月	日
請求補助額	2,000円	×	( ) 名

令和 年 月 日

(一財)入間市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

## 補助金交付先

上記補助額を下記のとおり申請します。

事業所名  印

事業所番号

どちらかに○をつけてください。

現金希望

振込希望

※振込希望の方は下記へ記入願います。

## 振込先

(金融機関名)  (本支店名)

(口座の種類) 1. 普通 2. 当座 (○で囲んでください)

(口座番号)

フリガナ  
(口座名義人)

※フリガナは必ず記入してください。

- ※ 医療機関の領収書(写)を添付してください。
- ※ 複数人で申請される場合は、受診された方全員の名簿を添付してください。
- ※ 受診日から6ヶ月以内に申請して下さい。
- ※ 定期健康診断受診料補助は、事業主に対して補助を行います。個人的な受診は補助対象外です。

(申請はサービスセンターが処理した日が基準です。有効期限内であれば、年度をまたぐ申請も可能ですが、回数は処理した日で計算されますのでご注意ください。ご不明な点は事前にお尋ねください。)

受付印	<input type="text"/>
-----	----------------------

●コピーしてご利用ください。