

# 人間ドック利用補助申請書

|       |         |
|-------|---------|
| 受診日   | 年 月 日   |
| 自己負担額 | 円       |
| 請求補助額 | 2,000 円 |

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 \_\_\_\_\_

受診会員名 \_\_\_\_\_ (印)

受診会員番号 \_\_\_\_\_

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。

※ 申請書は、1会員1枚の提出をお願いします。

※ 受診日から6ヶ月以内に申請して下さい。

(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

●コピーしてご利用ください。