

健康診断受診助成金申請書

申請金額									円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

健康診断受診助成金を申請します。

年 月 日

事業所番号

事業所住所

一般財団法人

事業所名

おおいた勤労者サービスセンター 御中

代表者名

印

○必要添付書類

- 1 受診機関の領収書（コピー可）（振込をした場合は振込をしたことがわかる書類）
- 2 受診機関の請求書 及び 請求明細書（コピー可）
- 3 会員番号入り 受診者名簿 ※1

添付書類は貼り付けないでください

振 込 依 頼 書

上記の助成金については、下記口座に振込んでください。

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本・支店 (出張所)							
	口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号						
フリガナ										
口座名義										

※口座名義は正確にご記入ください

- ※1 受診者名簿は、会員番号・受診者氏名（フルネーム）・受診日・受診者ごとの受診料を記入したもの。
また、受診者名簿は、受診者氏名・受診日・受診料金記載の請求明細書（コピー可）でも構いません。
ただし、受診者氏名の横に必ず会員番号を、請求額が複数に分かれている場合は受診者ごとの合計額をご記入ください。

受付年月日	年	月	日
起案年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

※申請書のFAX受付はできません。