

健康管理補助金申請書

下記のとおり〔人間ドック・生活習慣病予防検診〕を受診しましたので、必要書類を添えて補助金を申請します。

会員番号		会員氏名	印	年齢	歳
事業所名			自宅TEL	() —	
受診機関	所在地			種別	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック ・生活習慣病予防検診
	名称				
受診日	令和	年	月	日	受診料金
					円

※人間ドック 〔35歳以上の会員〕 自己負担 20,000 円以上⇒7,000 円

自己負担 20,000 円未満⇒5,000 円

※生活習慣病予防検診 〔35歳以上の会員〕 1,000 円

【受領方法】 口座振替方式〔下記口座に振込願います〕

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
			普通 当座	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	カガナ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>

【添付書類】 受診者名・受診料金の確認できるもの〔領収書等（コピー可）〕を添付してください。

————— 互助会使用欄 —————

処理欄	受	令和	年	月	日	種別	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック ・生活習慣病予防検診 	補助金額
	付	取扱者印						円