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	・人間ドック ・生活習慣病予防検診	
	名　称				
受診日	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〕

	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
振込先			普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

【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	受付	年　月　日	種別	・人間ドック ・生活習慣病予防検診	補助金額
		取扱者印			円