人間ドック等補助申請書

金額		十	万	千	百	十	円

令和　　年　　月　　日

羽曳野市勤労者互助会　様

下記の医療機関で生活習慣病予防検診等を受診したので領収書（写）を添え補助を申請します。

会員番号						-				会員氏名		電話番号	
事業所名										住所			

医療機関名	
受診日	R　　年　　月　　日
本人負担額	円

※必ず健康診断・人間ドック等を受診したことが確認できる領収書を添付してください。

補助対象検診	対象年齢	本人負担額	補助額	該当欄
生活習慣病予防検診	３５歳以上	制限なし	1,000円	○
人間ドック		20,000円未満	5,000円	○
		20,000円以上	7,000円	○

上記給付金は下記の口座に振り込んでください。

なお、口座名義人を代理人とし、給付金の受領を委任します。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店 本店
普通 当座	口座 名義	（フリガナ）

受付印			
事務局長	事務局次長	事務局	担当

□入力済み