

多摩市勤労者市民共済会

健康診断受診料補助金交付申請書

平成 年 月 日

		事業所番号			
		⋮	⋮	⋮	⋮
事業所名					
代表者	(印)				
住所	Tel ( )				

No.	利用者名(会員名)		No.	利用者名(会員名)	
1	健・ド		9	健・ド	
2	健・ド		10	健・ド	
3	健・ド		11	健・ド	
4	健・ド		12	健・ド	
5	健・ド		13	健・ド	
6	健・ド		14	健・ド	
7	健・ド		15	健・ド	
8	健・ド		16	健・ド	

- ※ 健(定期健康診断)・ド(人間ドック)のどちらかに○印をつけて下さい。
- ※ 医療機関発行の領収書(写し)または、銀行振込受取書(受付明細照会結果)を添付して下さい。
- ※ 定期健康診断(生活習慣病予防健診等)または人間ドックの明記及び受診日、受診会員名、受診内容、会員ごとの受診料の記載のあるものを必ず添付して下さい。
- ※ ガン検診等のみの特定検診は対象になりませんので、予めご了承下さい。
- ※ 健康診断受診料補助金の補助対象資格は入会月の3ヵ月後からとなります。(※保存版参照)

(補助単価) (利用人員)

健康診断 2,000円× =

人間ドック 5,000円× =

補助金額合計

受取方法	<input type="checkbox"/> 口座振込	振込口座	銀行名	銀行・信金・農協				本・支店
			口座番号	普・当	⋮	⋮	⋮	⋮
	<input type="checkbox"/> 窓口受取	口座名義人	フリガナ					
			-----					
連絡先		Tel ( )						

事務局記載欄

受付日	データ入力	振込/現金処理日