

健康増進事業(人間ドック)補助申請書

平成 年 月 日

湖北地域勤労者互助会長 様

事業所会員番号 _____
事業所名 _____
所在地 _____
代表者名 _____ 印
連絡先 _____

人間ドックを受診したので「領収書」を添えて、下記の通り補助申請します。

会員氏名			会員番号	
健診機関名				
健診実施日	平成 年 月 日			
	支払健診料金		補助金額	該当欄に○を
補助金申請額	3万円未満	円	2,000円	
	3万円以上	円	3,000円	

会員氏名			会員番号	
健診機関名				
健診実施日	平成 年 月 日			
	支払健診料金		補助金額	該当欄に○を
補助金申請額	3万円未満	円	2,000円	
	3万円以上	円	3,000円	

補助金申請合計額	円
----------	---

- 注1) 年1回に限り、人間ドックを受診した会員に支払金額に応じて補助します。
注2) 補助金は、会費を振込んでいただいている口座に入金します。
※ 当該申請書は、目的以外には使用しません。