

健康増進事業(人間ドック)補助申請書

令和 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

連絡先

印

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	令和 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	令和 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。