|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 決　　　裁　　　欄 |
| 会　　長 | 副 会 長 | 事務局長 | 次　　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**月　　日支払済**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　下記のとおり申請、請求があったので、給付してよろしいか。

健康診断助成金申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

　井原地域勤労者互助会会長　 殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 事業所所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

　下記のとおり受診したので、必要書類を添えて申請・請求します。

記

1．請求金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

2．受診の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 会員氏名 | 受診日 | 医 療 機 関 | 助成金額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　日 |  |  |  |  |  |

※ 添付書類として、会員フルネームが記載された医療機関発行の

領収書（写しで可）が必要です。