

様式第6号

事業所 番号			
-----------	--	--	--

決 裁 欄				
会 長	副 会 長	事 務 局 長	次 長	係

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

令和元年6月19日

井原地域勤労者互助会会長 殿

受 付 印	事業所所在地	井原市七日市町10番地
	事業所名	井原織物(株)
	代表者名	井原大介

代表
印

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
			3	0	0	0	0

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
358015009	星田玲子	6月13日	井原市民病院	30000 ^円
		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。

【井原地域勤労者互助会】