

定期健康診断補助金申請書

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長殿

当事業所は、本年度の「定期健康診断」を下記のとおり実施したので、定期健康診断に係る受診経費の一部について補助金を請求します。

請求金額	¥
------	---

《申請内容》

事業所番号		事業所名				
事業所住所				事業所電話番号		
事業主氏名		受診者数	名	事業所 担当者	氏名 メールアドレス	
医療機関名				支払日	年 月 日	

代理人受領の場合はご記入ください・

補助金の受領を代理人 _____ に委任します。

領収書	
下記の金額を受領しました	(請求者又は代理人のサイン) ※振込希望者はサイン不要です。
金額 ¥ _____	受領者 _____ ④

振込をご希望の方は、「請求者名義の口座」をご記入ください。

金融機関	銀行・信用金庫								支店
口座種別	普通・当座	口座番号							
口座名義人	フリガナ								

振込手数料は、請求者負担となります。

◎注意事項

※ 医療機関・受診日・受診した会員氏名（複数の場合は名簿添付）がわかる明細と領収書又は支払い金額がわかる書類を添付してください。

(ネットバンキングなどのコピーを添付する際は、本件以外に関する振込情報は隠してください。)

※ 受診料が2,000円に満たない場合は、実費のみの補助とします。

※記載された個人情報は本申請以外の目的以外に利用いたしません。

事務局 長	次 長	確認	支給

受付印