

## 健康診断等受診料助成金請求書

金 額							
-----	--	--	--	--	--	--	--

〔健康診断・人間ドック・脳ドック（40・50・60才 節目健診）〕を受診したので、上記の助成金を請求いたします。

なお、助成金の受領については、下記の口座に振込みください。

平成      年      月      日

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理 事 長 様

			会員番号	—
会 員	事業所名			
	住 所		電 話	
	氏 名	Ⓜ	生年月日	. . (40・50・60才)
病 院 名			受 診 日	. .
健診の種類	健康診断・人間ドック・脳ドック（40・50・60才 節目健診）			
振込先の口座			銀 行・信用金庫 協同組合・労働金庫	支店
	普通・当座	口座番号		
	フリガナ			
	預金口座名義			

※ 年度末年齢 40・50・60 才の方は、節目健診として 10,000 円以上の費用負担の場合には、10,000 円の助成金となります。

※ 受診した会員の氏名が記された医療機関の領収書（写し可）を添付してください。

※ 以下は、記入不要です。

理 事 長	常務理事	事務局長	担 当

受 付 印