

健康診断等受診料助成金請求書（団体用）

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

			事業所番号	
事業所名				
住 所		電 話	— —	
事業主名	⑩			
病 院 名		受 診 日	. .	
受 診 者 名	別紙のとおり（ 名）			
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

