

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）・インフルエンザ予防接種〕を受けたので、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	Ⓜ			
病 院 名		受 診 日	. .	
区 分	健康診断等		インフルエンザ予防接種	
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

健康診断等受診者名簿

事業者番号		事業所名	
-------	--	------	--

会員 番号	会 員 名	健診の種類 (○印を)			年度末年齢 40.50.60 才 の方は○印	インフル エンザ 予防接種 の方は○	受診費用 (本人負担額)	助 成 請 求 額
		健康 診断	人 間 ドック	脳 ドック				

- ①本人負担が 5,000 円以上 10,000 円未満の場合 ~助成額 2,000 円
- ② " 10,000 円以上の場合 ~ " 5,000 円
- ③ " ②の場合で、年度末年齢 40・50・60 才の節目健診の場合~ " 10,000 円
- ④本人負担が対象 ~ " 500 円

助成請求額合計 (名分) 円