

# 健康診断等受診料助成金請求書

年 月 日

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理 事 長 宛

〔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、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。

金 額					
-----	--	--	--	--	--

		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	. .		
区 分		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			
振込先口座		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