

様式第1号

健康管理事業補助金請求書

年 月 日

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 金額 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | | | | | |

下記のとおり(人間ドック・生活習慣病予防健診・一般健診)を受診したので、必要書類を添えて補助金を請求します。

| | | | |
|-------|-------|------|-----------------------------|
| 事業所名 | | | |
| 請求者名 | 会員番号 | — | 年 月 日生まれ |
| | | 印 | 満 歳 |
| 健診機関名 | | 種別 | ・人間ドック ・生活習慣病予防 ・一般健診 |
| 健診日 | 年 月 日 | 健診料金 | 円 |

(添付書類)受診者名、健診料金が確認できる書類(領収書)を添付してください。

(公財)藤井寺市勤労者互助会理事長 殿

| | | | |
|-----|------------------|-------|---------|
| 受付日 | ※ 振 込 先 | 金融機関名 | (支店) |
| | | 預金種目 | ・普通 ・当座 |
| | | ふりがな | |
| | | 口座名義 | |
| | | 口座番号 | |

* 口座名義と請求者氏名は一致のこと。