

様式第1号

# 健康管理事業補助金請求書

公益財団法人 藤井寺市勤労者互助会理事長 殿

下記のとおり、補助金を申請します。

年 月 日

会員番号 会員氏名 満年齢 歳

事業所名 連絡先

補助申請内容 (✓印)		給付金額	添付書類
<input type="checkbox"/>	① 一般健診・生活習慣病予防健診	1,000 円	受診者名・受診日・受診内容・料金が確認できる会員本人宛の領収書(コピー可)
<input type="checkbox"/>	② 人間ドック (自己負担20,000円未満)	3,000 円	
<input type="checkbox"/>	③ 人間ドック (自己負担20,000円以上)	5,000 円	
<input type="checkbox"/>	④ インフルエンザ予防接種 (自己負担1,000円以上)	1,000 円	

受診機関名	自己負担額	円
-------	-------	---

- ★①②③の補助申請の対象は、満 35 歳以上の会員(年度内に 35 歳になる方も含む)に限ります。
- ★①②③の補助申請は年度内でいずれか 1 回限りです。
- ★④の補助申請は年度内 1 回限りです。
- ★いずれも会員本人が支払っている費用への補助となります。

## 振込先

金融機関	銀行・信組 信金・その他	支店名	支店出張所
預金種目	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

★会員本人の口座をご記入ください。★補助金のお支払いは振込となります。

(受付日) 年 年 日 (受付者)  (入力)