

健康診断等受診補助事業補助金交付申請書

年 月 日

(一財) 甲府市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

氏 名	Ⓜ	会員番号	事業所番号 個人番号 —
事業所名	TEL ()	生年月日	年 月 日 (受診時: 歳)
住 所	TEL ()		
保険種別	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ その他 ()		
受診医療機関名			
受診日	年 月 日	請求金額 [※]	円

補助金受取先

銀行	店	普通 当座	口座番号	口座名義人
金庫				フリガナ
組合				

【注意事項】

- ①健康診断等受診料補助の対象者は受診時に満35歳に到達している会員です。
 ②受診医療機関の領収書(写し可)を必ず添付してください。
 ③受診後の申請手続きは速やかに行ってください。(年度内、1回のみ。)

※補助金の支給額は合計金額の半額(上限5,000円)とする。なお、補助金支給額の100円未満は切り捨てとする。

事務局使用欄

下記のとおり交付する。

受付印	補助金支給額	担当者	事務局次長	事務局長
	円			